



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **FEELING BLUE OR PINK?**

## **Depressionvård ur ett genusperspektiv**

**Linn Svedjeland Ödlund & Helena Johansson**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT/2017
Handledare:	Eva Jakobsson Ung
Examinator:	Patricia Olaya Contreras
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka vår handledare Eva Jakobsson Ung för ett fint handledarskap. Vi vill också tacka våra nära och kära för korrekturläsningen.

Titel (svensk)	Feeling blue or pink? Depressionsvård ur ett genusperspektiv
Titel (engelsk)	Feeling blue or pink? Depression care from a gender perspective
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT/2017
Författare	Linn Svedjeland Ödlund och Helena Johansson
Handledare:	Eva Jakobsson Ung
Examinator:	Patricia Olaya Contreras

---

## Sammanfattning:

**BAKGRUND:** Hälso- och sjukvård ska bedrivas jämlikt och sjuksköterskor ska arbeta för en jämlik vård. Genusskillnader existerar dock i hälso- och sjukvården och genusbias utgör hinder för jämlik vård. Män får bättre vård än kvinnor, framförallt vid psykisk ohälsa såsom depression, trots att kvinnor uppges vara drabbade i större och ökad utsträckning. Transsexualism klassas ännu som en psykiatrisk diagnos och den psykiska ohälsan är oroväckande hög hos HBTQ+-personer. Genusskillnader kan betraktas utifrån maktperspektiv och intersektionalitet då män i patriarkal genusordning anses överordnade kvinnor och då hälso- och sjukvård befinner sig i maktposition gentemot vårdbehövande. **SYFTE:** Att identifiera genusskillnader vid vård av personer med depression. **METOD:** En litteraturstudie baserades på 22 kvantitativa och kvalitativa artiklar som genomgick innehållsanalys och kategorisering. **RESULTAT:** Genusskillnader kunde påvisas vid vård av personer med depression utifrån flera olika dimensioner. Genusnormer tillsammans med stigma kring depression påverkade individens attityd, beteende och hälsa. Genusskillnader kunde förklaras utifrån intersektionalitet och livsvillkor. Genusskillnader fanns i hälso- och sjukvårdens handläggning och bemötande av patienter. Genusskillnader påverkade och påverkades av mellanmänniska relationer. Genusskillnader sågs på individnivå i symtom och copingstrategier. **DISKUSSION:** Samhällsstrukturen genus genomsyrar hälso- och sjukvård likaväl som individen och dess sociala omgivning samt utgör risker för ohälsa och hinder för jämlik vård. Livsvillkor utifrån genus och intersektionalitet kan bidra till skillnader i prevalens och vård vid depression. Genusnormer och stigma kring depression hindrar människor från adekvat vård. Hälso- och sjukvårdens hantering av patienter med depression kan innehålla genusbias. **KONKLUSION:** Genus resulterade i ojämlikheter vid vården för depression och kunde diskuteras utifrån makt och intersektionalitet. Flera olika faktorer ligger bakom genusbias i vården och sjuksköterskor bör aktivt arbeta för att motarbeta detta och skapa en jämlik vård för samtliga patienter.

*Genus, Depression, Jämlikhet, Jämställdhet, Makt, Intersektionalitet, Vårdrelation, Bemötande, Attityder, Personcentrerad vård, Genusbias, Normer, Stigma, Relationer, Symtom, Coping, Omvårdnad, Hälso- och sjukvård*

Nyckelord:

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund .....	1
2.1. Jämlik vård .....	1
2.2. Kön och genus .....	1
2.3. Genus och omvårdnad .....	2
2.4. Genus och depression .....	3
2.5. Genus och makt .....	3
2.6. Makt och omvårdnad .....	4
2.7. Problemformulering.....	5
3. Syfte .....	5
3.1. Frågeställningar .....	6
4. Metod .....	6
4.1. Design .....	6
4.2. Datainsamling.....	6
4.3. Urval .....	6
4.4. Kvalitetsgranskning .....	7
4.5. Dataanalys .....	7
4.6. Metodologiska överväganden.....	7
4.7. Etiska överväganden.....	7
5. Resultat.....	8
<b>5.1. Samhälle:</b> Hur genusnormer och stigmatisering påverkar män och kvinnor med depression .....	8
5.1.1. Genusnormer.....	9
5.1.2. Stigmatisering.....	9
<b>5.2. Hälso- och sjukvård:</b> Hur hälso- och sjukvården hanterar män och kvinnor med depression .....	10
5.2.1. Handläggning .....	10
5.2.2. Bemötande.....	11
<b>5.3. Social omgivning:</b> Hur män och kvinnor med depression påverkas i mellanmännsliga relationer.....	11
5.3.1. Romantiska relationer.....	11
5.3.2. Familj.....	11
<b>5.4. Individ:</b> Hur män och kvinnor upplever, uppvisar och hanterar symtom vid depression .....	12

5.4.1. Symtom .....	12
5.4.2. Coping .....	13
6. Diskussion .....	13
6.1. Metoddiskussion .....	13
6.1.1. Datainsamling .....	13
6.1.2. Urval .....	14
6.1.3. Kvalitetsgranskning .....	15
6.1.4. Dataanalys .....	16
6.1.5. Etiska resonemang .....	16
6.2. Resultatdiskussion .....	17
6.2.1. Samhälle .....	17
6.2.1.1. Genusnormer .....	17
6.2.1.2. Stigmatisering .....	18
6.2.2. Hälso- och sjukvård .....	19
6.2.2.1. Handläggning .....	19
6.2.2.2. Bemötande .....	22
6.2.3. Social omgivning .....	23
6.2.3.2. Familj .....	23
6.2.4. Individ .....	24
6.2.4.1. Symtom .....	24
6.2.4.2. Coping .....	25
7. Konklusion .....	26
7.1. Implikationer för praxis .....	26
7.2. Implikationer för forskning .....	26
8. Referenslista .....	28
9. Bilaga 1: Tabell 1 - Söktabell PubMed .....	38
10. Bilaga 2: Tabell 2 - Söktabell Cinahl .....	39
11. Bilaga 3: Tabell 3 - Artikelöversikt .....	40

# 1. Inledning

Genusskillnader existerar i stora delar av hälso- och sjukvården. Män får generellt bättre vård än kvinnor, har förtur till behandling, får bättre bemötande och nyare läkemedel (Socialstyrelsen, 2011). I vård för psykisk ohälsa, såsom depression, är könsdiskrimineringen särskilt tydlig. Män får bättre vård vid depression (Socialstyrelsen, 2004; Alspach, 2017) samtidigt som den psykiska ohälsan ökar mest hos kvinnor (Skärsäter, 2014). Genusnormer utifrån traditionella värderingar och samhällsstrukturer hindrar jämlik vård av patienter (Socialstyrelsen, 2011; Socialstyrelsen 2004). Det är därmed ytterst relevant för sjuksköterskor att känna till normer och genuskillnader och arbeta för att motverka och inte reproducera dessa. Genusskillnader i hälso- och sjukvård är ett aktuellt ämne som berör omvårdnad i högsta grad då sjuksköterskor enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska arbeta för att vård bedrivs jämlikt utan diskriminering.

## 2. Bakgrund

### 2.1. Jämlik vård

*Jämlikhet* innebär lika villkor, rättigheter och möjligheter för alla människor, oberoende exempelvis kön, social tillhörighet, religion, sexuell läggning eller etnicitet (Regeringskansliet, 2006; SOU 1998:25). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska vård ges jämlikt med respekt för alla människors lika värde. Sjuksköterskor ska arbeta för en *jämlik vård* där människors rättigheter och värderingar respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Arbete för jämlik vård handlar till stor del om att förändra normer, attityder och värderingar samt omfördela makt i relationer (Dahlborg-Lyckhage & Eriksson, 2010). Inom begreppet jämlikhet finns *jämställdhet* - jämlikhet mellan kön (Jorfeldt, 2010).

### 2.2. Kön och genus

*Kön* kan delas in i biologiskt, juridiskt, socialt och mentalt kön (RFSL Ungdom, 2014). *Biologiskt kön* syftar på inre och yttre könsorgan, könskromosomer och hormonnivåer. Biologiskt finns fler kön än man och kvinna, som egentligen representerar två ytterligheter i en mängd variationer. Denna binära uppdelning skapades av forskare som norm för hur kroppar bör se ut och vilka anatomiska och fysiologiska egenskaper som bör höra ihop. *Intersex* är ett begrepp för personer som föds och inte entydigt kan definieras som man eller kvinna utan uppvisar olika biologiska könsvariationer (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2017a). *Juridiskt kön* registreras i folkbokföring, personnummer och pass eller legitimation, genom att vårdpersonal vid födseln bestämmer könstillhörighet utifrån yttre könsorgan. *Socialt kön*, eller *könsuttryck*, är personens uttryck genom socialt beteende och utseende. *Mentalt kön*, eller *könsidentitet*, är vad personen känner sig som - ett, flera, inget eller varierande kön, vilket kan förändras över tid (RFSL Ungdom, 2014). En *cisperson* är någon vars biologiska, juridiska och sociala kön är samma som könsidentiteten (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2016a). En *transperson* är någon vars könsidentitet inte stämmer med normer utifrån övriga aspekter av kön (UMO, 2017). Könsidentiteten *icke-binär* används ofta av människor som varken identifierar sig som man eller kvinna. *Queer* är ett

paraplybegrepp av könsidentiteter och sexuella läggningar som inte följer traditionella normer och *queerteori* kritiserar konceptet med sociala normer kopplade till kön (Jorfeldt, 2010). Att inte identifiera sig med sitt biologiska och juridiska kön klassificeras ännu i Sverige som en psykisk sjukdom och den psykiatriska diagnosen *transsexualism*, även *könsidentitetsstörning* eller *könsdysfori*, är kravet för att få ändra juridiskt kön eller genomgå kirurgisk könskorrigering (Socialstyrelsen, 2017a; Connell & Pearce, 2015; UMO, 2017). Enligt Socialstyrelsen (2017b) ökar antalet människor med diagnosen könsdysfori, särskilt bland unga, vilket diskuteras bero på samhällelig ökad kunskap och öppenhet för diskussioner om könsidentitet. I oktober 2016 avskaffade WHO diagnosen från ICD-10 och Socialstyrelsen har nu påbörjat en översyn av den svenska versionen (Socialstyrelsen, 2017c).

Begreppet *genus* myntades på 1960-talet av Robert Stoller som "det sociala könet" - en socialt konstruerad struktur uppbyggt på samhällets värderingar och uppfattningar om vad som är normativt maskulint och feminint (Jorfeldt, 2010; Nationella sekretariatet för genusforskning, 2016b). *Genus* belyser sociala relationer och hur individer beter sig i ett socialt mönster. *Genusforskning* belyser könskonstruktioner och könsrelationer, livsvillkor för olika kön, hur det historiskt och kulturellt sett ut och konsekvenser i olika sammanhang (Dahlborg-Lyckhage & Eriksson, 2010). *Genusmedicin* innefattar vård, behandling och medicinsk forskning utifrån genusbaserad kompetens. Idag hänvisar många genusmedicinska forskare till samspel mellan biologi och social miljö och ifrågasätter uppdelningen mellan biologiskt kön och socialt genus (Hamberg, 2005; Hammarström & Annandale, 2012).

### 2.3. Genus och omvårdnad

Enligt Foss (2002) finns fortfarande kunskapsbrister och förutfattade meningar kring genus i hälso- och sjukvården. Utbudet av vårdvetenskapliga studier ur genusperspektiv är begränsat och sjuksköterskors intresse för genusvetenskap är lågt med tanke på områdets relevans för omvårdnad. *Genusbias*, felaktiga föreställningar om kvinnor och män, är oförenligt med kravet på jämlik vård och medför risker för vårdkvalitet och patientsäkerhet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). I hälso- och sjukvårdens historia har manligt kön setts som neutralt och normativt medan kvinnor setts som könade och annorlunda. Kvinnors roll har ansetts vara i hemmets privata sfär, som reproduktiva vårdare av människor och hushåll, medan män framställs som autonoma, produktiva försörjare och pionjärer i den offentliga sfären. Denna arbetsfördelning ses ännu tydligt i vården, där sjuksköterskeprogrammet utgörs av 90% kvinnor och endast ca 10% män som främst söker tekniska områden som ambulanssjukvård (Mirsch, 2014, februari). Enligt West (1990) och West (1993) studier uppfattas manliga vårdare som mer dominanta och blir sällan avbrutna, medan kvinnliga vårdare arbetar mer personcentrerat och **lade längre tid på mötet med patienten**, medan de ofta avbryts av manliga patienter. Att manliga patienter har fördelar gentemot kvinnliga är tydligt då män generellt har bättre tillgång till vård samt bättre förutsättningar att få adekvat behandling (Socialstyrelsen, 2004). HBTQ+-personer är särskilt drabbade av ohälsa och uppsöker vård oftare än resterande grupper (Socialstyrelsen, 2011). Genusskillnaderna är särskilt synliga i vård för psykisk ohälsa där män får bättre vård än kvinnor (Socialstyrelsen, 2004) samtidigt som den psykiska ohälsan ökar mest hos kvinnor (Skärsäter, 2014). Kvinnor utsätts för mer psykisk stress än män, exempelvis i arbetslivet (Östlin, 2002), har en ökande långtidssjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2004) och framför allt yngre kvinnor uppges i en allt mer alarmerande utsträckning lida av oro, ångest, sömnsvårigheter och depression (Statens Folkhälsoinstitut, 2009).

## 2.4. Genus och depression

*Egentlig depression* definieras som ett medicinskt tillstånd av nedstämdhet och nedsatt emotionellt engagemang, större delen av dagen i stort sett varje dag under minst två veckor (Skärsäter, 2014). Vanliga symtom är trötthet, kognitiv påverkan, sömnstörningar, ångest, negativ självbild och livsleda. Depression är mycket vanligt: Varannan kvinna och var femte man drabbas någon gång under sin livstid (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005). Livsvillkor och förväntningar utifrån rådande samhällsnormer påverkar människors beteende och hälsa såväl andras uppfattning, bedömning och bemötande - därmed påverkar genus hur sjukvården ser på och hanterar patienter samt genomför forskning och undervisning (Määttä & Öresland, 2014). Kvinnor löper särskilt stor risk att drabbas av depression eller andra psykiska besvär som exempelvis ångest (Diaz-Granados et al., 2011). Män och kvinnor kan uppvisa olika symtombild - kvinnor uppvisar oftare ångest, män mer irritabilitet. Symtom vid depression kan medföra konsekvenser för socialt liv, sysselsättning, arbete eller utbildning (Skärsäter, 2014). Den allvarligaste konsekvensen är suicid. Män avlider av suicid dubbelt så ofta som kvinnor (Socialstyrelsen, 2004; Diaz-Granados et al., 2011) men kvinnor gör och vårdas för fler suicidförsök (Socialstyrelsen, 2004), något som ökar dramatiskt framför allt hos yngre kvinnor (Socialstyrelsen, 2009). Den högre förekomsten av självskadebeteende hos kvinnor har bland annat setts ha samband med utsatthet för sexuella övergrepp och diskuterats vara grundat i samhälleligt kvinnoförtryck där kvinnor ständigt presenteras som otillräckliga och därför tenderar att rikta ilska mot sig själv och den egna kroppen, medan män riktar ilskan utåt (Lindgren, 2014).

Enligt Diaz-Granados et al. (2011) använder kvinnor hälso- och sjukvården i större grad än män vid depression. Kvinnor vårdas oftare i slutenvård för depression (Janusinfo, 2010; Diaz-Granados et al., 2011) och antalet ökar främst hos yngre (Skärsäter, 2014) men huvuddelen av patienter med depression söker och vårdas i primärvården (Socialstyrelsen, 2013). Kvinnor, särskilt unga, utsätts för allra flest tvångsåtgärder vid psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2014). Män får ofta dyrare och nyare läkemedel (Dagens Medicin, 2007). Kvinnor ordinerar dock dubbelt så mycket antidepressiva läkemedel och mer övrig psykofarmaka, såsom antipsykotiska läkemedel utan diagnostiserad psykos. I reklam för antidepressiva läkemedel gestaltas patienten nästan alltid av en kvinna, vilket befäster fördomar om depression som en "kvinnlig sjukdom" (Socialstyrelsen, 2004). Kvinnor drabbas oftare av läkemedelsrelaterade biverkningar och äldre kvinnor ordinerar oftare läkemedel som kan ge förvirring och fallrisk än män i samma ålder (Määttä & Öresland, 2014). Den totala kostnaden för kvinnors läkemedel är högre, på grund av att kvinnor söker vård mer och ordinerar mer läkemedel, medan mäns läkemedel är dyrare per recept (Socialstyrelsen, 2004; Socialstyrelsen 2011; Dagens medicin, 2007). Trots att kvinnor söker vård mer tvingas de oftare avstå från vård av ekonomiska skäl (Socialstyrelsen, 2004).

## 2.5. Genus och makt

*Genusordning* är hierarkin av kön kopplat till makt, på symbolisk, strukturell, mellanmännisklig och individuell nivå (Nationalencyklopedin, 2017). *Makt* definieras, utifrån ett samhällsvetenskapligt perspektiv, som när en eller flera människor genomför sin egen vilja även om andra skulle göra motstånd (Rundqvist, 2012). Begreppet *hegemoni* kommer från grekiskans "ledning" och syftar på den makt som den ledande samhällsklassen utövar utöver dominans inom ekonomi och politik, såsom utbildning, media och kultur (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2016c). Begreppet utvecklades som förklaring till hur



kapitalägare upprätthåller makten över arbetarklassen utan våld - genom att framställa den egna världsbilden som norm. *Hegemonisk maskulinitet* beskrivs som det maskulina ouppnåeliga idealet, vilket kan variera över tid och mellan kulturer. Idealet utgörs av egenskaper som i olika hög grad främst innehas av män, som därmed är den grupp som får ta del av hegemonins fördelar av makt. Historiskt har män och kvinnor tilldelats karaktäristiska egenskaper, ofta dikotomier och manliga överordnade kvinnliga (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2017c). Män har framställts som rationella medan kvinnor fått representera det känslostyrda och oförutsägbara. Kvinnor har historiskt sett haft mindre makt än män då de med hänvisning till lägre intelligens och oberäknelig förbundenhet med kropp och natur tilldelats lägre samhällelig status och begränsade juridiska rättigheter (Gatens, 2013). Dessa synsätt påverkar ännu hälso- och sjukvårdens behandling av patienter och hindrar jämlik vård.

## 2.6. Makt och omvårdnad

I vårdvetenskaplig forskning kan makt ses utifrån olika perspektiv, såsom organisation, profession och relation mellan vårdare och patient (Ekstrand & Saarnio, 2010). Enligt omvårdnadsteoretikern och psykiatrisjuksköterskan Joyce Travelbees (1966) omvårdnadsteori om mellanmänskliga relationer är grunden för omvårdnad den interaktion som skapar en vårdrelation mellan sjuksköterska och patient. Interaktionsteori utgår från mänskligt samspel och då människors uppfattningar styr deras beteende är självbild och roll centrala begrepp, vilka påverkas av samhälleliga normer (Kirkevold, 2000). Skau (1993) ser vårdrelationen som en process påverkad av olika faktorer som exempelvis motsättningen mellan tvång och frihet, makt och maktlöshet, jämlikhet och ojämlikhet samt hjälpa och skada, utifrån organisation och individ. I en vårdrelation är det svårt att uppnå jämlikhet då patienten hamnar i underläge gentemot sjuksköterskan eftersom hen är beroende av dennes expertis och hjälp för att lindra sitt lidande (Snellman, 2014; Ekstrand & Saarnio, 2010). Då sjuksköterskan hamnar i maktposition utifrån sin kompetens är det viktigt att hen respekterar patientens autonomi (Rundqvist, 2012).

*Personcentrerad vård* definieras som vård med individen i centrum och inte sjukdomen, där patientens autonomi respekteras och dennes delaktighet ses som en resurs i vårdandet. (Eldh, 2014). Patient och vårdare ses som jämlika och arbetar för ett gemensamt mål. Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) ger personcentrerad vård ökad patientdelaktighet och leder bland annat till större patientnöjdhet, känsla av kontroll, förändrat hälsobeteende och förbättrad fysisk och psykisk hälsa. Det är därmed viktigt att sjuksköterskor lyssnar på och engagerar patienten och delar makt, partnerskap och ansvar för vården (Oxelmark, Ulin, Chaboyer, Bucknall & Ringdal, 2017). *Empowerment* är ett begrepp inom patientdelaktighet som syftar till stärkande av patientens makt över vården och den egna hälsan och kan bland annat enligt patienter skapas genom att sjuksköterskan ger patienten information och därmed förutsättningar för egenmakt (Rodwell, 1996). Relationen mellan patient och sjuksköterska kan ses ur ett maktperspektiv där sjuksköterskans makt inte står i förhållande med den personcentrerade vård hen ska bedriva (Eldh, 2014). Wiklund-Gustin och Lindwall (2012) hänvisar till Travelbees teori (1966) där vårdrelationen kan ses som ett verktyg för optimal vård och synen på människan som individuell och unik samt respekt för allas lika värde anses grundläggande för god omvårdnad.

*Intersektionalitet* är ett begrepp för fenomenet när flera maktordningar interagerar och skapar ny social inklusion och exklusion (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2017b). Det ojämlika maktförhållandet mellan vårdare och patient interagerar alltid med parternas

roller i andra maktordningar, exempelvis genus, etnicitet, ålder, sexuell läggning och socioekonomisk status (Ekstrand & Saarnio, 2010). Maktordningar skapar tillsammans komplexa mönster av maktskillnader och ojämlikheter som inte kan förstås enbart genom analys av en enda maktordning (Ahrne, 2010). Medvetenhet om intersektionalitet är viktigt för en helhetsförståelse för hur mötet mellan patient och vårdare påverkas av olika maktordningar (Weber, 2006).

## 2.7. Problemformulering

Genusordningen är tydlig i vårt samhälle och berör även hälso- och sjukvården. Att ett kön skulle behandlas bättre än ett annat strider direkt mot Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som konstaterar att alla människor har rätt till jämlik vård utan diskriminering. Att som sjuksköterska vara omedveten om risken för genusbias medför stora risker för inadekvat vård och är direkt patientosäkert. Sjuksköterskor bör vara medvetna om den hierarkiska ordningen mellan kön som existerar i samhället och därmed också i hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor bör arbeta för att motverka sina egna förutfattade meningar kring genus. I vård vid psykisk ohälsa såsom depression är det särskilt viktigt att inte applicera stereotypa könsroller på patienter utan se personen som individ. Enligt Travelbee (1966) är interaktionen mellan sjuksköterska och patient avgörande för omvårdnaden. I vård för psykisk ohälsa är vårdarens attityd mot ohälsan, patienten och sig själv avgörande för kvaliteten på omvårdnaden (Lilja & Hellzén, 2014) och samarbetet med patienten anses vara en central faktor för dennes välbefinnande (Hupcey & Miller, 2006). I vård av patienter med depression är maktperspektivet därmed tydligt: Vårdaren har stor makt över patientens hälsa då diagnostik och behandling av depression baseras på samtal med bedömning och självskattning (Skärsäter, 2014) och därmed lämnar utrymme för tolkning, subjektivitet och bias, medan patienten befinner sig i en utsatt beroendeställning under påverkan från kognitiva och emotionella depressiva symtom (Skärsäter, 2014) samt stigma kring psykisk ohälsa (Hoy, 2012). Vid tvångsvård för depression ses maktförhållandet mellan patient och sjukvård som tydligast (Arlebrink, 2014). Även frivilligt vårdade med psykisk ohälsa kan uppleva rädsla för eller direkta hot om tvångsvård som en form av maktutövning från sjukvården (Johansson, 2014). Sjukvårdens värdefundament med klassificeringssystem för psykiatriska diagnoser kan i sig ses som en maktordning, då det används för att urskilja människor som "annorlunda" eller "sjuka" respektive "normala" och "friska" - sjukvården har därmed makt över patientens identitet (Lilja & Hellzén, 2014).

Frågan som väcks är hur genus påverkar människor som drabbas av depression och om hälso- och sjukvårdens behandlar dessa människor jämlikt. Utifrån denna bakgrund undersöks om modern forskning kan påvisa genusrelaterade skillnader i vården av patienter med depression, vilka faktorer som kan förklara skillnaderna och hur dessa påverkar individen och dess omgivning likaväl som sjukvården och vårdrelationen. Resultat kan jämföras och diskuteras utifrån maktperspektiv och intersektionalitet. Förståelse för upplevelser hos individer med depression samt identifikation av potentiella förbättringsområden inom omvårdnad vid depression är önskvärda resultat av studien.

## 3. Syfte

Att identifiera genuskillnader vid vård av personer med depression.

### 3.1. Frågeställningar

- Hur påverkar genusnormer människor med depression?
- Existerar genuskillnader vid vård av personer med depression?
- Vilka faktorer bidrar till genuskillnader?
- Kan genuskillnader kopplas till andra faktorer utifrån intersektionalitet?
- Hur kan genuskillnader betraktas utifrån ett maktperspektiv?

## 4. Metod

### 4.1. Design

Utifrån induktiv ansats utfördes en systematisk litteraturöversikt (Rosén, 2012), baserad på sex kvalitativa och 16 kvantitativa studier inom det aktuella forskningsområdet, publicerade i vetenskapliga tidskrifter de senaste tio åren (2007-2017).

### 4.2. Datainsamling

Artiklar söktes i databasen Cinahl på grund av dess omvårdnadsfokus men även PubMed för att undvika begränsning (Karlsson, 2012). Först utfördes en inledande litteratursökning för att bli familjär med litteraturen och hitta lämpliga sökord, därefter en egentlig litteratursökning efter relevanta artiklar (Wallengren & Henricson, 2012). Svensk MeSH (2017) användes för sökord i PubMed och Cinahl Headings för Cinahl. Sökord var bland annat *Gender*, *Depression*, *Treatment*, *Nursing*, *Attitude*, *Experience*, *Differences* och *Bias*. Sökord trunkerades med asterisk (\*) och separerades med de booleska operatorerna *AND* och *OR* för att avgränsa området och öka antalet väsentliga artiklar (Karlsson, 2012). Sökningarna i Cinahl begränsades med *peer-reviewed* för stärkt vetenskaplig förankring (Henricson & Mårtensson, 2012). Den egentliga litteratursökningen redovisas i en söktabell för respektive databas (Bilaga 1; Bilaga 2).

### 4.3. Urval

Inklusions- och exklusionskriterier fastställdes för att urskilja relevanta data vid datainsamling samt stärka bekräftelsebarhet och innehållsvaliditet (Wallengren & Henricson, 2012). Inklusionskriterier var minst 18 år och antingen patienter med diagnostiserad depression, person med symtom på depression eller vårdare av patienter med depression. En representativ spridning av genus eftersträvades och gärna fler variationer än man och kvinna. Artiklarna skulle fokusera på depression som primär ohälsa och beröra genus. Några artiklar som även berörde andra faktorer i förhållande till genus inkluderades då artiklarna hade hög relevans, trovärdighet och vetenskaplig förankring samt var värdefulla för analys utifrån ett perspektiv av intersektionalitet. Artiklarna skulle vara publicerade mellan 2007 och 2017 då nytt vetenskapligt material har mycket hög kvalitet (Östlundh, 2013). Exklusionskriterierna var äldre studier än 10 år som ansågs mindre relevanta då det har lägre vetenskaplig kvalitet. Exklusionskriterierna var också somatisk samsjuklighet samt studier där psykisk samsjuklighet hade stor betydelse för studiens resultat. Studier av depression i samband med

en annan diagnos eller sjukdom exkluderades också då fokus låg på primär depression alternativt depression som symtom utan samsjuklighet

#### *4.4. Kvalitetsgranskning*

De artiklar vars abstract ansågs relevanta kvalitetsgranskades enligt en granskningsmall från Röda Korsets Högskola (2005). Kvantitativa studier granskades utifrån bland annat validitet och reliabilitet (Billhult & Gunnarsson, 2012), kvalitativa utifrån trovärdighet, bekräftelsebarhet och pålitlighet (Wallengren & Henricson, 2012). Sex kvalitativa och 16 kvantitativa artiklar av hög eller medelhög kvalitet och olika metod valdes för analys av resultat. Granskningen av valda artiklar redovisas i en artikelöversikt (Bilaga 3).

#### *4.5. Dataanalys*

För att analysera och sammanställa den data som de valda artiklarna genererade lästes artiklarna igenom flertalet gånger individuellt av båda författarna för att utvidga förståelsen för helheten (Friberg, 2017). Därefter sammanfattades varje studie i en artikelöversikt i tabellformat. Artikelöversikten är relativt detaljerad för att väsentlig information ska framgå på ett tydligt sätt. Därefter diskuterades artiklarnas huvudfynd gemensamt av författarna och sammanvägdes i en syntes (Rosén, 2012) genom innehållsanalys (Friberg, 2017), vilket anses lämpligt för att beskriva och tolka företeelser. Utifrån studiernas likheter och skillnader i resultat, syfte och utgångspunkt skapades koder som grupperades i subkategorier, varpå de delades in i större huvudkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Artiklarnas huvudfynd presenteras i resultatet i huvudkategorier och subkategorier för att belysa likheter och skillnader och möjliggöra en helhetsbild av problemområdet.

#### *4.6. Metodologiska överväganden*

Då syftet var att identifiera genuskillnader vid vård av personer med depression var kvantitativa studier, särskilt icke-experimentella, högst relevanta för att kunna studera samband mellan olika variabler (Billhult & Gunnarsson, 2012), såsom genus, depression och sjukvård samt andra patientrelaterade faktorer för att kunna analysera skillnader utifrån intersektionalitet. För att erbjuda en djupare förståelse av ämnet genom individers personliga upplevelser av fenomen som genus, depression och sjukvård var även kvalitativa studier önskvärda (Henricson & Billhult, 2012; Wibeck, 2012).

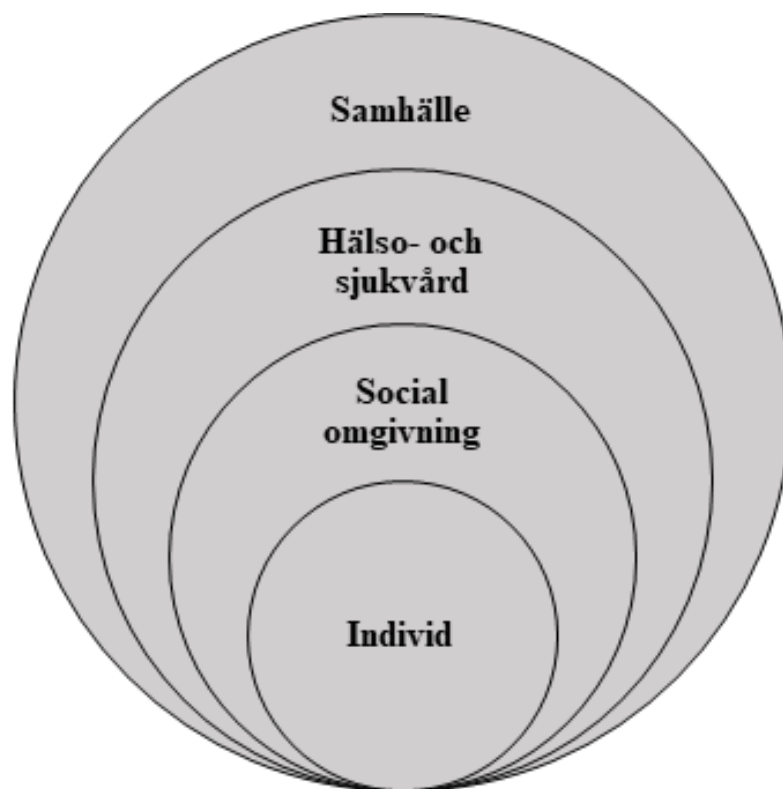
#### *4.7. Etiska överväganden*

Etiska överväganden och diskussioner har stor betydelse för forskningsarbetets kvalitet (Vetenskapsrådet, 2017). Då studien utgår ifrån alla människors lika värde och rättigheter var forskningsetik av stor vikt (SFS 2017:30). Studier ska alltid ske i respekt för människovärdet och den enskilde individen (2003:460). Valda artiklar utgår från Belmontrapportens (Belmontrapporten, 1978) principer rättvisa, nytta och respekt för individen då utgångspunkten för litteraturstudien är att främja hälsa och jämlik vård för alla människor. Urvalet åsyftade att inkludera ett brett spektrum av individer med depression, av fler än två genus och med olika demografisk bakgrund, då studien understryker alla människors lika värde (Mänskliga rättigheter, 2017) och rätten till en jämlik vård (SFS 2017:30). För att

säkerställa god forskningsetik skulle valda artiklar ha ett etikstycke alternativt vara granskade av etiska kommittéer (Forsman, 1997) eller publicerade i tidskrifter som granskats av etiska kommittéer alternativt var medlem i exempelvis *COPE, The Committee on Publication Ethics* (2017). Informerat samtycke var viktigt för trovärdigheten (Kjellström, 2012). Granskning och analys av artiklar har skett med hänsyn till forskningsetik då tolkningen har skett med respekt och avsikt att inte förvanska studiernas resultat (Kjellström, 2012).

## 5. Resultat

Resultatet presenteras i fyra olika huvudkategorier utifrån olika perspektiv på problemområdet, med inbördes underkategorier. Först beskrivs genus och depressionsvård ur ett samhällsperspektiv där huvudrubriken lyder *“Hur genusnormer och stigmatisering påverkar män och kvinnor med depression”*. Därefter presenteras hälso- och sjukvårdens roll med huvudrubriken *“Hur hälso- och sjukvården hanterar män och kvinnor med depression”*. Sedan belyses individens sociala omgivning med huvudrubriken *“Hur män och kvinnor med depression påverkas i mellanmännsliga relationer”*. Den sista huvudrubriken berör den enskilde individen och lyder *“Hur män och kvinnor upplever, uppvisar och hanterar symtom vid depression”*. En figur har framställts för att underlätta läsningen och belysa relationen mellan kategorierna då de samspelar som olika dimensioner av samma problemområde.



### 5.1. **Samhälle:** *Hur genusnormer och stigmatisering påverkar män och kvinnor med depression*

### 5.1.1. Genusnormer

Genusnormer relaterade till depression synliggjordes i media, som både utmanade genusnormer och stigma kring depression och befäste traditionella maktstrukturer (Scholz, Crabb & Wittert, 2014; Bengs, Johansson, Danielsson, Lehti & Hammarström, 2008). I de svenska nyhetstidningarna Aftonbladet, Göteborgs-Posten och Svenska Dagbladet framställdes manlig depression med dramatiska metaforer som en oväntad, plötslig händelse med fysiska symtom, ofta så handikappande att hjälp från anhöriga krävdes (Bengs et al., 2008). Ofta beskrevs depression ha externa orsaker som jobb och stress.

Bakgrundsinformation om män var mycket begränsad jämfört med informationen om kvinnor. Kvinnor symtom beskrevs som en mer successiv inre process i en större kontext. Symtomen beskrevs som mer emotionella och ofta relaterade till skuld, skam och förtryckta känslor. Orsaker till depression varierade mellan interna och externa, sociala, biologiska och fysiologiska och inte sällan reproduktiva, såsom menstruationscykel, moderskap och menopaus. Kvinnor beskrevs som mer kapabla att kontrollera depressionen genom reflektion, kommunikation och problemlösning (Bengs et al., 2008). I australiensisk nyhetsmedia beskrevs manlig kommunikation om depression främst som positivt och män ansågs individuellt ansvariga för detta. Samtidigt beskrevs män även här som omedvetna och hjälpbehövande och anhöriga (kvinnor) mer engagerade i mannens psykiska hälsa än han själv. Studiens författare menar att frekventa porträtt av kända och framgångsrika människor med depression delvis bidrar till normalisering men även till uppfattningen av att depression bara drabbar vissa (Scholz et al., 2014).

Maskulina normer framstod som ett hinder mot diagnostik och behandling av depression (Tang, Oliffe, Galdas, Phinney & Han, 2014; Rochlen, Paterniti, Epstein, Duberstein, Willeford & Kravitz, 2010; Oliffe, Galdas, Han, & Kelly, 2012; O'Loughlin, Duberstein, Veazie, Bell, Rochlen, Fernandez y Garcia & Kravitz, 2011; Vogel, Heimerdinger-Edwards, Hammer & Hubbard, 2011; Bengs et al., 2008). Maskulina normer som styrka, tuffhet och rationalitet ledde till att många män inte vågade uttrycka känslor eller gråta, vilket ansågs feminint och svagt (Oliffe et al., 2012; Rochlen et al., 2010; Tang et al., 2014; O'Loughlin et al., 2010). Normen av tuffhet kunde resultera i att män försökte härda ut depressionen istället för att söka hjälp (O'Loughlin et al., 2011). Autonomi ansågs centralt för maskulinitet och hjälpbehov ansågs därför svagt (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Vogel et al., 2011; Oliffe et al., 2012). Normer av styrka och tuffhet ledde till att många män, framför allt yngre, uttryckte depression genom utåtagerande, aggressivt eller våldsamt beteende (O'Loughlin et al., 2011; Oliffe et al., 2012). Aggressivitet ansågs normaliserat och förväntat hos unga män, exempelvis genom kulturella fenomen som sport (Oliffe et al., 2012). Många män använde alkohol och andra droger (Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012; Kelly, Sereika, Battista & Brown (2007), för att ersätta läkemedel och leva upp till maskulina normer (Oliffe et al., 2012). Många män ansåg sig sakna vokabulär för känslomässig kommunikation då manlig kommunikation ansågs mer direkt, kortfattad och målorienterad (Rochlen et al., 2010). Glädje uppfattades inte heller som ett maskulint koncept, vilket kan innebära att män uppfattar nedstämdhet som normalt och därför inte söker hjälp (Rochlen et al., 2010).

### 5.1.2. Stigmatisering

Maskulina normer medförde stigma och negativa attityder mot vård för depression (Rochlen et al., 2010; Tang et al., 2014; Vogel et al., 2011; Oliffe et al., 2012; Burnett-Zeigler, Kim, Chiang, Kavanagh, Zivin, Rockefeller, Sirey och Kales (2013). Enligt Vogel et al. (2011)

styrdes det signifikanta sambandet mellan maskulinitet och negativ attityd till vård för depression av nivån av stigma. Depression beskrevs utifrån maskulina normer som tecken på svaghet och något som borde förnekas inför sig själv och andra (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012). Sjukvården ansågs dock av vissa kunna erbjuda en säker plats för män att tala öppet om depression och medicinska förklaringsmodeller ansågs kunna bidra till normalisering genom bilden av depression som behandlingsbar sjukdom istället för omanlig karaktärssvaghet (Rochlen et al., 2010). Omdefinition av koncepten maskulinitet och svaghet, särskilt män emellan, ansågs kunna bidra till acceptans av professionell hjälp och minska stigma runt depression (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010). Stigma var särskilt uttalat bland unga män (Oliffe et al., 2012). Enligt Burnett-Zeigler et al. (2013) hade äldre afroamerikanska män och kvinnor, framför allt män, mer negativ attityd till vård för depression än yngre och vita. Enligt Vogel et al. (2011) var dock förhållandet mellan stigma och attityd hos män starkast bland europeiska amerikaner och svagast bland afroamerikaner. Hos heterosexuella män var förhållandet mellan maskulinitet och stigma samt maskulinitet och attityd signifikant starkare än hos homosexuella. Författarna diskuterar huruvida olika maskulina ideal kan formas utifrån olika kulturella värderingar. Många, framför allt män, var skeptiska mot antidepressiva läkemedel (Burnett-Zeigler et al., 2013; Vogel et al., 2011; Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012). Burnett-Zeigler et al. (2013) belyser att lägre stigma och mer positiv attityd till antidepressiva läkemedel resulterade i bättre följsamhet i behandling och snabbare tillfrisknande. Vita kvinnor hade en signifikant högre följsamhet och respekt för antidepressiv läkemedelsbehandling än vita och afroamerikanska män samt afroamerikanska kvinnor (Burnett-Zeigler et al., 2013). Äldre, afroamerikanska kvinnor såg inte sina antidepressiva läkemedel som lika viktiga som läkemedel för somatiska sjukdomar (Burnett-Zeigler et al., 2013). Bocquier, Cortaredona, Verdoux, Casanova, Sciortino, Nauleau & Verger (2014) visade att kvinnor, framför allt med lägre inkomst, avslutade sin antidepressiva läkemedelsbehandling tidigare än män. Kvinnor med låg inkomst fullföljde inte heller sin behandling i lika stor utsträckning som män med låg inkomst.

## ***5.2. Hälso- och sjukvård: Hur hälso- och sjukvården hanterar män och kvinnor med depression***

### ***5.2.1. Handläggning***

Då depression var mest framträdande bland kvinnor diskuterar Romans, Tyas, Cohen och Silverstone (2007) samt Rochlen et al. (2010) att depression hos män missas då skalor och mätinstrument för depressiva symtom är alltför inriktade på "kvinnliga" symtom. Enligt Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco (2012) hade dock kvinnor 18-29 år lägre chans att få behandling vid en depression än män i samma ålder, trots att de var mer benägna att drabbas av depression under sin livstid. Rost, Hsieh, Xu och Harman (2011) undersökte huruvida den större andelen kvinnor i slutenvården beror på skillnader i handläggning på akutmottagningen. Kvinnor hade tvärtom lägre chans ( $p=0,02$ ), endast 82% av mäns, att bli inlagda från akutmottagningen. Om den sökande hade någon form av synlig kroppsskada var oddsen relativt lika men utan detta hade kvinnor ännu lägre chans för inläggning ( $p=0,002$ ). Skillnaderna verkar därmed inte uppstå i det akuta omhändertagandet. Andra orsaker diskuteras, såsom mer direktinläggning av kvinnor, att fler kvinnor totalt söker akutmottagning vid depression eller suicidalitet hos män, antingen att män uppvisar mer suicidalitet vid besöket eller genom vårdpersonalens medvetenhet av den förhöjda risken för

suicid hos män. Andra orsaker som ökade chansen för inläggning var hög ålder, psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, boende i storstad, sjukvårdsförsäkringarna Medicare eller Medicaid och mottagningsbesök tidigt på året, inte på helgen och som inkluderade läkarbedömning. Enligt Park, Lee, Shinfuku, Sartorius & Park (2015) vårdades män i större utsträckning på psykiatriska specialistsjukhus medan kvinnor vårdades mer på generella universitetssjukhus. Det ordinerades även mer andra generationens antipsykotiska läkemedel som adjuvant behandling till terapi för män.

### **5.2.2. Bemötande**

Samspelet av patientens och vårdarens genus påverkade vården i ännu större utsträckning än endast ena partens (Roter, Erby, Adams, Buckingham, Vail, Realpe, Larson & Hall, 2014). Genusinteraktionen påverkade både patientens beteende och dennes uppfattning av vårdaren, särskilt vid personcentrerad kommunikation. Patienter gav mer information - särskilt emotionell, psykosocial och livsstilsrelaterad - och ville oftare fortsätta behandlingen med vårdare av motsatt kön. Kvinnliga vårdare ansågs mer kompetenta i icke-verbal kommunikation ( $p=0,05$ ), eventuellt relaterat till feminina normer om kommunikativ kompetens. Manliga patienter kommunicerade mer positivt ( $p=0,04$ ). Rochlen et al. (2010) belyser vikten av all vårdpersonals medvetenhet om genusstrukturer och hur det påverkar mötet med patienten.

## **5.3. Social omgivning: Hur män och kvinnor med depression påverkas i mellanmänniskliga relationer**

### **5.3.1. Romantiska relationer**

Genus påverkade individers kommunikation och välbefinnande i sina romantiska relationer (Gabriel, Beach & Bodenmann, 2010). Om en man i en heterosexuell monogam relation drabbades av depression påverkades båda parterna liknande, mot negativ kommunikation och lidande i relationen. Om den deprimerade var en heterosexuell kvinna påverkades mest hon själv. Flera nyhetsartiklar i studien av Scholz et al. (2014) gav tips om hur kvinnor kunde hjälpa den deprimerade mannen i sin närhet - ett implicit antagande om ett heterosexuellt förhållande där mäns psykiska hälsa är beroende av kvinnor och kvinnor förväntas ta ansvar för mäns hälsa, övervaka den och upptäcka ohälsa, trots att mannen förväntas förneka och dölja det. Traditionella genusstrukturer för till exempel hushållsarbete sågs oftast hos missnöjda par med deprimerade kvinnor (Gabriel et al., 2010; Rafful et al., 2012).

### **5.3.2. Familj**

Kvinnor och män som vårdats för depression i slutenvård hade olika upplevelser av depressionens påverkan på deras familjefunktion (Febres, Rossi, Brandon, Gaudiano & Miller, 2011). Män påverkades i högre grad avseende problemlösning, kommunikation, beteendekontroll och sin roll i familjen - framför allt fanns signifikanta skillnader i affektivt beteende ( $p<0.05$ ), vilket ledde till sämre familjefunktion (Febres et al., 2011). Många män med depression beskrev hur deras aggressiva beteende gick ut över deras närstående och att skuld känslor över detta ledde till ökad ensamhet och isolering och förvärrade depressiva symtom (Olliffe et al., 2012). Föräldraskap är en riskfaktor för depression hos både män och kvinnor och vissa föräldraroller är särskilt utsatta (Gabriel et al., 2010; Shafer & Pace, 2015).



Heterosexuella par med många barn var oftare missnöjda i sin relation (Gabriel et al., 2010). Enligt Shafer och Pace (2015) var depressionsnivån emellertid högst hos både män och kvinnor utan barn eller med tre olika föräldraroller, som exempelvis biologisk förälder till ett barn från ett tidigare förhållande, ett biologiskt barn med den nya partnern och bonusförälder till partnerns barn. Kvinnor med enbart en föräldraroll hade högre depression än män. Depressionen var signifikant högre hos barnlösa kvinnor än barnlösa män. Gitto, Noh & Rodriguez-Andrès (2015) belyste dock att risken för depression minskade hos individer med större familj och att personer som levde med sina barnbarn var lyckligare och hade högre livskvalitet än de som levde ensamma.

#### **5.4. Individ:** *Hur män och kvinnor upplever, uppvisar och hanterar symtom vid depression*

##### **5.4.1. Symtom**

Kvinnor upplevde fler och svårare symtom än män (Romans et al., 2007; Frank, Matza, Hanlon, Mannix, Revicki, Feltner & Morlock, 2007; Gitto et al., 2015; Shafer et al., 2015; Tiedt, 2010; Kelly et al., 2007) samt var mer sannolika att utveckla depression under sin livstid (Rafful et al., 2012; Tiedt, 2010, Gitto et al., 2015). Kvinnor hade ofta lägre utbildning än män (Burnett-Zeigler et al., 2013; Bocquier et al., 2014; Tiedt, 2010; Gitto et al., 2015; Rafful et al., 2012). Enligt Gitto et al. (2015) fanns samband mellan högre utbildning och mindre depressiva symtom. Enligt Tiedt (2010) hade kvinnor högre benägenhet att drabbas av depression medan män hade högre social status, större kapital och högre utbildning. Åldern 30-44 var då genuskillnaderna i symtom var som störst och även den ålder då kvinnor upplevde störst påverkan från depressionen i löne- och hushållsarbete (Rafful et al., 2012). Hos äldre påvisades annorlunda genuskillnader: Ensamma äldre män upplevde mer och allvarigare depressiva symtom än ensamma äldre kvinnor. Författaren i studien nämner att antalet suicid har ökat bland äldre män och kvinnor men att ökningen är större hos män och diskuterar huruvida de drabbas hårdare av ensamhet (Lim, 2014). Kvinnor och män upplevde olika sorters symtom. Kvinnor upplevde minskat intresse och trötthet som mycket störande vid depression medan män inte nämnde detta (Frank et al., 2007). Enligt Park et al. (2015) hade dock många män signifikanta besvär av minskat intresse ( $p=0,009$ ) och trötthet ( $p=0,033$ ). Kvinnor var oftare ledsna och grät vid depression (Romans et al., 2007). Kvinnor upplevde i större grad sömn som viktigt och sömnbrist som ett besvärande symtom vid depression och män upplevde snarare att det nedstämda humöret var det svåraste symtomet vid en depression (Frank et al., 2007). Många unga män blev utåtagerande, irriterade och arga, vilket kunde resultera i en ond spiral av skuld och skam och ökade depressiva symtom (Oliffe et al. 2012). Substansberoende var signifikant ( $p=0,008$ ) vanligare hos män (Park et al., 2015). Kvinnor upplevde i större utsträckning symtom som påverkade kroppsvikten (Frank et al., 2007; Romans et al., 2007). Enligt Romans et al. (2007) uppgav kvinnor också större besvär av dödstankar. Kvinnor och män hade också olika upplevelser av symtomens tillbakagång vid behandling för depression. Kvinnor upplevde att kroppsvikten återgick till den tidigare och motivationen samt energin återkom först medan män upplevde att irritationen försvann först (Frank et al., 2007).

#### 5.4.2. Coping

Individens hanteringsstrategier för ohälsa, så kallad *coping*, kan vid depression variera efter genus (Kelly et al., 2007; Febres et al., 2011; O’Loughlin et al., 2011). Enligt Kelly et al. (2007) påverkade individens bild av depression och emotionella reaktion valet av copingstrategi starkare än graden av depressiva symtom. Hos både män och kvinnor ledde en negativ bild av depression och stark emotionell reaktion till maladaptiv coping, som exempelvis missbruk, avstängningsbeteende, självanklagelse och ältande. Känsla av kontroll samt uppfattningen av att depressionen orsakats av stress eller relationer resulterade däremot till adaptiv coping, såsom planering, problemlösning, acceptans eller religionsutövning. Positiv bild av depression ledde till mindre problemlösning men bidrog även till mindre riskfyllt beteende såsom missbruk. Hos kvinnor medförde få depressiva symtom, positiv bild av depression och låg emotionell reaktion till mindre självanklagelse, avstängningsbeteende och ältande. Känsla av kontroll och stress som orsak till depressionen ledde till adaptiv coping. Känsla av kontroll och negativ bild av depression ledde dock till låg problemlösning. Hos män ledde positiv bild av depression, få symtom och låg emotionell reaktion till mindre missbruk, avstängningsbeteende och ältande.

Män hade större problem i vardagliga situationer och med att hantera depressionen i förhållande till sin livssituation (Febres et al., 2011). Kvinnor var mer benägna att berätta om sina symtom än män (Tiedt, 2010; Gitto et al., 2015). Många män valde att vänta ut symtom vid depression och hoppas att de gick över av sig själva (Oliffe et al., 2012). Många män valde att vara ensamma och hålla känslorna för sig själva då de ville framstå som starka och självsäkra och inte ville vara en börda för andra (Oliffe et al., 2012). Enligt O’Loughlin et al. (2011) hade både män och kvinnor som fick höga poäng i det stereotypa maskulina attributet tuffhet hög benägenhet att dölja och vänta ut symtom istället för att söka hjälp men män hade signifikant högre poäng. Enligt Oliffe et al. (2012) uttryckte många män istället sina känslor med ilska och våldsamt beteende. Utåtagerande beteenden kunde vara ett sätt för män att kommunicera lidande eller ett stressreducerande medel. Många män utsatte sig för risker för att adrenalinet skulle bedöva symtomen. Många hanterade depressionen genom missbruk, såsom arbete (Rochlen et al., 2010) eller alkohol och andra droger (Oliffe et al., 2012; Kelly et al., 2010; Park et al., 2015). Enligt Park et al. (2015) hade män med beteendestörningar och missbruksproblematik högre risk att drabbas av depression. Många män föredrog egenvård över sjukvård på grund av misstro gentemot vårdpersonal och antidepressiva läkemedel (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Vogel et al., 2011; Oliffe et al., 2012; Burnett-Zeigler et al., 2013) - egenvården beskrevs dock som att enbart undvika saker (Tang et al., 2014). Enligt Rochlen et al. (2010) är så kallad “maskerad depression” ett problem då många, framför allt män, på grund av normer och stigmatisering förnekar depression och därför inte överväger möjligheten till vård.

## 6. Diskussion

### 6.1. Metoddiskussion

#### 6.1.1. Datainsamling

Denna systematiska litteraturoversikt är reproducerbar med inklusions- och exklusionskriterier och artiklarna är evidensbaserade och kvalitetsgranskade (Rosén, 2012).

Relevanta studier kan ha exkluderats på grund av valda sökord. Sökordet *gender* resulterar i studier ur genusperspektiv, därav kan studier som inte utfördes med avsiktligt genusfokus men ändå visade på genuskillnader ha uteslutits, vilket kan leda till att relevanta studier som inte har avsiktligt fokus på genuskillnader men ändå kommit fram till detta exkluderats, vilket påverkar denna litteraturstudies validitet, och trovärdighet (Wallengren, 2012). Andra sökord kunde ha resulterat i andra artiklar. Denna litteraturstudie har komplexa sökningar med många olika sökord och booleska operatörer. Detta gör att sökningarna kan vara svåra att återupprepa och därmed påverkas reliabiliteten. Det kan dock ses som en styrka att många olika sökningar utförts för att få fram relevanta artiklar.

### 6.1.2. Urval

För studier som berör människor är det viktigt att beakta människovärdesprincipen som innebär att alla människor är lika värda och har samma rätt oberoende av olika personliga egenskaper (SOU 1995:5). Urvalet gjordes med hänsyn till alla människors lika värde och rättigheter. Urvalskriterium var fokus på depression som primär ohälsa. Dock anges samsjuklighet inte i alla studier. Vissa studier med patienter med känd psykiatrisk samsjuklighet inkluderas då det inte anses påverka resultatet men denna bedömning kan vara värd att nämna. Patienter med diagnoser som ångest och sömnstörningar inkluderas då det är vanliga symtom vid depression, vilket kan påverka resultatet exempelvis gällande upplevda symtom. Majoriteten av studierna använder strategiskt urval (Henricson & Billhult, 2012). Studier med personer med depression kräver att de i någon mån accepterade och identifierade sig med diagnosen. Detta riskerar exklusion av individer som inte accepterar depression som en möjlighet, förnekar symtom eller inte uppsökt sjukvård. Förnekelse av depressiva symtom försvårar diagnostik, behandling och statistik och beror enligt Rochlen et al. (2010) på det stora stigmat kring psykisk ohälsa i samverkan med genusnormer. Problemet med självförnekelse, så kallad *self-mask* (Rochlen et al., 2010), är filosofiskt komplicerat och en frågeställning sker - kan en person lida av depression utan att uppleva det?

Åldersspannet för deltagarna är brett. Personer under 18 år exkluderas på grund av etiska, juridiska och praktiska svårigheter med att genomföra studier med barn (Vetenskapsrådet, 2002). Däremot finns ingen övre åldersgräns. Många äldre är multistjuka och det är viktigt för studiens validitet att depression var i fokus (Billhult & Gunnarsson, 2012). Studier som berör äldre med känd samsjuklighet som skulle kunna påverka resultatet, exempelvis demenssjukdom, exkluderas. Då detta exkluderar en stor andel av samhällets äldre kan överförbarheten (Wallengren & Henricson, 2012) ifrågasättas och denna målgrupp kan med fördel utgöra underlag för framtida studier.

Ingen artikel definierar begreppet kön eller genus eller beskriver hur variabeln genus mättes hos studiedeltagarna. Denna studie utgår ifrån biologiskt, juridiskt, socialt och mentalt kön och genus som socialt fenomen men i majoriteten av studierna anges endast män och kvinnor och inte vilken definition av kön som avses och hur denna information inhämtades. Det är otydligt formulerat då det inte framgår om de personerna är cispersoner eller har ett annat genus och därmed är det svårt att dra slutsatser om huruvida studierna använt sig av andra genus än de normativa. Detta påverkar därmed artiklarnas och litteraturöversiktens validitet (Wallengren & Henricson, 2012). Det är anmärkningsvärt att ingen studie ens nämnde andra genus än man och kvinna eller att inte alla identifierar sig med dessa, trots att studierna utfördes utifrån genusperspektiv och litteraturöversikten med avsikt att inkludera en bred och representativ bild av samhällets spektrum av könsidentiteter. Detta kan anses sänka studiens validitet då syftet var att identifiera genuskillnader vid vård av personer med depression med hopp om fler än två genus, men även som en styrka då denna begränsning i

sig belyser samtidens cisnormativa genusstrukturer. Transsexualism som psykiatrisk diagnos var sannolikt en anledning då studier om depression hos icke-män/icke-kvinnor nästan uteslutande rörde depression orsakad av så kallad könsdysfori. Det fanns också ett stort utbud av studier med enbart män om manlig depression men ytterst få med enbart kvinnor, ingen av tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas i denna litteraturöversikt. Endast en studie, Vogel et al. (2011), nämnde och inkluderade homosexuella deltagare men övriga sexuella läggningar exkluderas från vidare analys då urvalet ansågs för litet, vilket inte ger en representativ bild av samhället. Det är emellertid viktigt att belysa att litteraturöversikten var omfattande med många olika artiklar med liknande resultat. Det kan därmed vara så att det inte finns tillräckligt många studier av depressionsvård ur ett queer-inkluderande genusperspektiv. Litteraturstudien kan därmed anses besvara sitt syfte att identifiera genuskillnader vid vård av personer med depression utifrån befintlig litteratur.

Totalt analyseras 22 artiklar med kvantitativ och kvalitativ metod. 14 studier är utförda i Nordamerika (tio USA, tre Kanada, en Mexiko), fyra i Asien (två Sydkorea, en Japan, en Kina, Hong Kong, Indien, Indonesien, Japan, Sydkorea, Malaysia, Singapore, Taiwan och Thailand), tre i Europa (en Sverige, en Schweiz, en Frankrike) och en i Australien. Representerade länder har relativt hög Human Development Index (HDI), som mäter mänsklig utveckling med förväntad livslängd, utbildning och inkomst (Globalis, 2015). Överförbarheten till andra länder kan kompliceras då det kan finnas andra genus- och maktstrukturer i samhällen med annan HDI-index då detta indikerar andra socioekonomiska förhållanden. Studierna påvisar skillnader i depression utifrån andra maktordningar såsom socioekonomiska faktorer men detta bör inte förväxlas med landets genusordning utan analyseras utifrån intersektionalitet. De kulturella och geografiska olikheterna mellan studiernas länder antyder emellertid att resultatet kan vara överförbart till fler länder och att det rör sig om förhållandevis internationella mönster. Överförbarheten mellan de studerade länderna kan anses vara relativt god då ett samstämmigt resultat uppnåddes. Då både genus är en social konstruktion och depression kan betraktas som det, är det rimligt att anta att förekomsten av dem båda kan variera efter kulturell kontext. Att förutsätta att samhällsliga strukturer ska variera mellan olika grupper av människor kan dock visa på fördomar om människors olikheter och medföra bias. Genusordning och patriarkala strukturer är lika väl som depression något som förekommer i många olika kulturer världen över, vilket reflekteras av studiernas resultat.

Begränsningen år 2007-2017 kan givetvis exkludera relevanta artiklar men då forskningsområdet är relativt nytt var främst de tio senaste åren relevanta och gav högre kvalitet (Östlundh, 2013).

### **6.1.3. Kvalitetsgranskning**

Granskningsmallen från Röda Korsets Högskola (2005) används då den är detaljerad och ger bra översikt. Denna mall är högst relevant utifrån praxis och ger en god utgångspunkt för granskningen av artiklarna. Då granskningsmallen går att använda på både kvantitativa och kvalitativa studier läggs ett större ansvar på författarnas metodkunskaper. Artiklarnas trovärdighet, bekräftelsebarhet och pålitlighet bedömdes genom mallen. Bedömningarna är gjorda av författarna i denna studie. Bedömningen av artiklarnas kvalitet är därmed delvis subjektiv (Wallengren & Henricson, 2012). En kvalitativ studie har referenser för att stärka sitt resultat vilket inte är korrekt vetenskaplig metod men inkluderades på grund av hög relevans och trovärdighet då individuella upplevelser av fenomenet är väsentligt för denna litteraturstudie. Flera studier använder fokusgrupper, vilket anses fördelaktigt i studier av

känsliga ämnen, så kallade *high-involvement topics*, som exempelvis stigma vid depression och genusnormer, då fler kan våga tala öppet när de upplever att fler delar liknande erfarenheter (Wibeck, 2012). Metoden anses även lämplig vid feministisk forskning då den minskar forskarens makt och inflytande och möjliggör diskussion på deltagarnas villkor (Wibeck 2012). Fokusgrupper kan dock resultera i gruppsyck och bias, vilket forskare ska vara medvetna om (Seal, Bogart & Ehrhardt, 1998). Andra kvalitativa metoder som individuella semistrukturerade används då intervjuerna är fördelaktiga med flexibel struktur och öppna frågor minskar risken för påverkan av andra människor (Danielson, 2012a). Gruppsycket i fokusgrupper kan dock anses positivt för att påvisa det verkliga gruppsyck som uppstår i förhållande till samhälleliga normer (Seal et al., 1998).

#### 6.1.4. Dataanalys

Innehållsanalys medför risk för subjektivitet och bias då den baseras på författarnas tolkning utifrån förförståelse inom ämnet (Danielson, 2012b). Trovärdigheten stärks emellertid av att båda författarna vid individuell analys fann liknande kategorier, vilket innebär hög interbedömarreliabilitet (Wallengren & Henricson, 2012). En annan styrka är att artiklarna visar liknande resultat, vilket kan tyda på att genuskillnader existerar och att studien alltså har hög validitet och reliabilitet. Resultatet baseras på ett högt antal studier av olika metoder och i många olika delar av världen, vilket stärker denna studies trovärdighet ytterligare.

#### 6.1.5. Etiska resonemang

Utöver etiskt godkännande redovisade ytterst få studier etik, vilket är anmärkningsvärt för studier med människor (Kjellström, 2012). I samtliga studier är deltagarna avidentifierade och konfidentialiteten hög vilket tyder på god forskningsetik (Vetenskapsrådet, 2017). Många presenterar dessutom skriftligt informerat samtycke, vilket också tyder på god forskningsetik (Kjellström, 2012). Enligt Kjellström (2012) är det viktigt i en litteraturöversikt att belysa studiernas etiska resonemang då det utgör en grund för denna studies etiska ståndpunkt. I många studier är det svårt eller omöjligt att urskilja forskarens relation till deltagarna i studierna. Det kan vara ytterst relevant att veta om forskaren är en *insider* eller *outsider* (Petersson & Lindskov, 2012) och analysera detta ur ett maktperspektiv. Det är också angeläget att beakta forskarens roll som auktoritet och faktorer som lydnad och underkastelse som kan framkomma hos deltagarna (Vetenskapsrådet, 2017). Det är väsentligt för studiens resultat och kvalitet att beakta forskarnas relation till deltagarna och informerat samtycke. Granskningen av artiklar är utförda av författare med begränsade metodologiska kunskaper. Risk finns därmed även för subjektivitet och bias i dataanalys.

## 6.2. Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt är att identifiera genusskillnader vid vård av personer med depression. Resultatet diskuteras enligt bakgrunden utifrån maktperspektiv då detta var genomgående i samtliga dimensioner. Samband mellan genus och andra faktorer diskuteras utifrån intersektionalitet. Genus påverkar förloppet av en depression utifrån samtliga dimensioner i resultatet. Studiens resultat diskuteras här nedan utifrån samma kategorier som resultatet men under annorlunda subkategorier då problemområdet diskuteras i en större kontext.

### 6.2.1. Samhälle

Traditionella genusnormer och stigma kring depression kan anses utgöra risker för ohälsa och bidra till genusskillnader i vården av individer med depression.

#### 6.2.1.1. Genusnormer

Maskulina normer framstår som ett hinder för diagnostik och behandling av depression (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012; O'Loughlin et al., 2011; Vogel et al., 2011). O'Loughlin et al. (2011) menar att samhället bör satsa på att motarbeta den maskulina normen av tuffhet, alternativt förtydliga att söka hjälp vid ohälsa är ett tecken på tuffhet. Att tuffhet ger negativ attityd till sjukvård hos både män och kvinnor visar på hur maskulina normer inte enbart drabbar män. Enligt Tang et al. (2014) kan maskulina begrepp såsom styrka, autonomi och rationalitet behöva diskuteras och omvärderas för att förbättra attityder mot vård för depression. Att söka vård för depression skulle kunna ses som en rationell handling som visar på autonomi och styrka. Att så oftast inte är fallet kan förklaras av inflytandet från stigma (Vogel et al., 2011; Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012; Tang et al., 2014). Att många män upplever bristande vokabulär för känslomässig kommunikation då detta är ovanligt bland män (Rochlen et al., 2010; Tang et al., 2014; Oliffe et al., 2012) visar hur maskulina normer tidigt i livet begränsar mäns möjligheter till adekvat vård. Jämställda värderingar bör grundläggas tidigt hos barn och unga för att förebygga framtida ohälsa. Sjuksköterskor bör tidigt initiera kommunikation om känslor med manliga patienter för att upptäcka och förebygga depression.

Maskulina normer av styrka och tuffhet (O'Loughlin et al., 2011; Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010) kan, som O'Loughlin et al. (2011) diskuterar, ses som ett sätt för den patriarkala maktordningen att upprätthållas. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2008) är depression en klassfråga då grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar löper högre risk att drabbas än grupper med god ekonomi och hög utbildning. Att kvinnor lever under sämre socioekonomiska förhållanden är känt sedan länge då vi, historiskt sett och idag, lever i en patriarkal struktur där män har bättre förutsättningar i livet (Alspach, 2017). Flera studier belyser samband mellan kvinnors lägre utbildning och inkomst och högre benägenhet att drabbas av depression (Rafful et al., 2012; Gitto et al., 2015; Bocquier et al., 2014; Statens Folkhälsoinstitut, 2008). Kvinnor, främst låginkomsttagare, avbryter antidepressiv behandling tidigare än män (Bocquier et al., 2014), vilket kan kopplas till att kvinnor oftare tvingas avstå vård av ekonomiska skäl (Socialstyrelsen, 2004). Enligt Rost et al. (2011) ökar chansen för inläggning i slutenvård vid depression om personen har vissa sjukvårdsförsäkringar och bodde i storstaden, vilket påvisar kopplingar mellan socioekonomi, livsvillkor och sjukvård. Att kvinnor enligt normen fortfarande anses ansvariga för hem och hushåll (Rafful et al., 2012; Määttä & Öresland, 2014; SOU: 1996:133) samt andras hälsa och välbefinnande

(Bengs et al., 2008; Scholz et al., 2014) innebär en extra arbetsbörda och psykisk påfrestning. Kvinnors arbetsbörda som orsak till genuskillnader vid depression stärks av att kvinnor utsätts för mer psykisk stress än män, särskilt i arbetslivet (Östlin, 2002) och har en ökande sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2004). Kvinnors begränsade livsutrymme med lägre utbildning, lägre ekonomisk status och större ansvar för familjen kan vara bidragande faktorer till att kvinnor drabbas av och söker vård för depression i högre utsträckning än män (SOU: 1996:133). Alla sjuksköterskor bör ha insikt i maktförhållanden och livsvillkor och dess samband med psykisk ohälsa och ansvar för att inte befästa skadliga normer i mötet med patienter.

Det är oroväckande att media (Bengs et al., 2008; Scholz et al., 2014), som har stort inflytande på människor, befäster bilden av män som oberoende, rationella och ej vård sökande kontra kvinnor som beroende, känsloutyrda vårdare av andra (Määttä & Öresland, 2014), i linje med de historiska genusstrukturer hälso- och sjukvården bör arbeta för att utplåna. Detta stämmer med normer och genuskillnader i samtliga övriga studier och kan därför anses representativt men att befästa normerna riskerar att öka skillnaderna ytterligare.

Andra könsidentiteter än man och kvinna nämns inte alls i någon studie. Trots att genus berör sociala relationer och maktförhållanden mellan kön nämner endast Vogel et al. (2011) andra romantiska relationer och familjekonstellationer än heterosexuella. Roter et al. (2014) diskuterar exempelvis varför patienter föredrar vårdare av motsatt kön och orsaker som sexuell attraktion till vårdaren. Detta visar på att det finns ett cis- och heteronormativt förhållningssätt även i modern forskning inom genus och omvårdnad. Normativa, exkluderande värderingar kan emellertid inte anses förenliga med personcentrerad eller jämlik vård.

#### **6.2.1.2. Stigmatisering**

Genus och normer har samband med stigma kring depression, vilket grundlade negativa attityder mot att uppsöka sjukvård (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; O'Loughlin et al., 2011; Oliffe et al., 2012; Burnett-Zeigler et al., 2013; Vogel et al., 2011). Maskulina normer har signifikant samband med stigma (Vogel et al., 2011) och män uppvisar mer negativ attityd till vård för depression (Burnett Zeigler et al., 2013; O'Loughlin et al., 2010). Variationer i attityder efter etnicitet (Vogel et al., 2011; Burnett-Zeigler et al., 2013) diskuteras av Vogel et al. (2011) ha kulturella orsaker såsom olika definitioner av maskulinitet eller olika starkt stigma. Det kan dock ifrågasättas huruvida det är lämpligt att tillskriva människor som endast delar samma hudfärg samma kultur. Fenomenet skulle kunna ha förklaringar som olika nivå av stigma relaterat till olika nivå av utbildning eller socioekonomisk status bland etniska grupper (Bocquier et al., 2014; Rafful et al., 2012; Gitto et al., 2015; Weber, 2006). Vogel et al. (2011) diskuterar om variationer i attityd efter sexuell läggning också kan bero på olika kulturella influenser av normer och stigma men i detta fall framstår socioekonomiska faktorer som en osannolik förklaring. Troligare är genusnormers koppling till heteronormen samt tidigare diskuterade kulturella variationer. Dock påverkar stigma män och kvinnors attityd till vård för depression starkare än andra faktorer såsom genusnormer eller demografiska variabler, vilket stärks av Burnett-Zeigler et al. (2013). Detta antyder att stigma är ett viktigt arbetsområde för jämlikhet i vård av personer med depression. Män och kvinnor har olika förklaringsmodeller för depression (Bengs et al., 2008; Kelly et al., 2007). Enligt Rochlen (2010) kan medicinska förklaringsmodeller för depression underlätta acceptans och hjälpsökande. Detta kan antyda att det framför allt bland män finns ett behov av evidensbaserad kunskap om psykisk ohälsa för att minska inflytandet av falska uppfattningar och myter baserade på stigma. Det är viktigt att hälso- och sjukvården arbetar för att sprida

kunskap, normalisera psykisk ohälsa och uppmuntra kontakt med vården för att förebygga ohälsa och lidande. Satsningar kan göras för specifika grupper där stigma har dokumenterats särskilt närvarande (exempelvis unga män). Sjuksköterskor i elevhälsa kan förverkliga O'Loughlin et al:s (2011) förslag om program som uppmuntrar skolelever till att vara öppna med sina känslor och söka hjälp i god tid. Primärvård och barnavårdscentral är andra områden för arbete med tidigt förebyggande av ohälsa hos barn och unga. Alla sjuksköterskor bör känna till stigmat kring depression, kopplingen till genus och dess konsekvenser och vara medvetna om vilka värderingar kring genus och psykisk ohälsa som uttrycks gentemot patienter.

### 6.2.2. Hälso- och sjukvård

Genus påverkar hälso- och sjukvårdens bedömning av vårdbehov (Rost et al., 2011; Park et al., 2015) och behandling (Park et al., 2015; Rafful et al., 2012) av patienter med depressiva symtom samt patienters kommunikation med vårdare och upplevelse av vårdens kvalitet (Roter et al., 2014; Rochlen et al., 2010). Detta visar på att trots att sjukvården ska arbeta för jämlik vård finns ännu brister i jämställdhet i vården av individer med depression.

#### 6.2.2.1. Handläggning

En förklaring till att kvinnor i högre utsträckning vårdas för depression (Statens Folkhälsoinstitut, 2009; Janusinfo, 2010; Diaz- Granados et al., 2011; Kessler et al., 2005; Romans et al., 2007) är att kvinnor uppvisade fler och svårare depressiva symtom (Romans et al., 2007; Frank et al., 2007; Gitto et al. 2015; Shafer et al., 2015; Tiedt, 2010; Diaz-Granados et al., 2011), vilket kan bero på att de löper högre risk att drabbas av depression under sin livstid (Statens Folkhälsoinstitut, 2009; Kessler et al. 2005; Rafful et al., 2012; Diaz-Granados et al., 2011; Tiedt, 2010; Gitto et al., 2015) exempelvis på grund av begränsade livsvillkor (SOU 1996:133; Rafful et al., 2012; Weber, 2006; Tiedt, 2010).

Flera studier (Rochlen et al., 2010; Romans et al., 2007; O'Loughlin et al., 2011; Oliffe et al., 2012; Tang et al., 2014) antyder emellertid att den högre prevalensen av depression bland kvinnor beror på genusbias i mätinstrument för depressiva symtom och underdiagnostik av män. Leach, Christensen och Mackinnon (2008) kan dock inte påvisa genusbias i mätinstrument för depression utan hänvisar till biologiska och sociala orsaker till genuskillnaderna. Genusbias motsägs också av att män har högre chans för inläggning vid besök på akutmottagning för depressiva symtom (Rost et al., 2011), trots att kvinnor oftare drabbas av, söker vård för och diagnostiseras med depression (Rost et al., 2011; Rafful et al., 2012; Tiedt, 2010; Romans et al., 2007; Gitto et al., 2015; Shafer et al., 2015; Diaz-Granados et al., 2011; Kessler et al., 2005). Detta kan enligt Rost et al. (2011) bero på att kvinnor söker mer vård och därför avvisas oftare, vilket implicit innebär att dessa kvinnor söker vård i onödan, vilket framstår som märkligt då kvinnor förefaller **drabbade** i större utsträckning. Att tysta och ignorera kvinnors ohälsa genom att anklaga kvinnor för överdrift och investera i manlig hälsa kan jämföras med härskartekniken osynliggörande (Umeåregionen, 2017), vilket upprätthåller genusordningen och leder till ohälsa.

En möjlighet är att då män väntar längre med att söka vård (Oliffe et al. 2012; O'Loughlin et al., 2011; Kelly et al., 2007) riskerar de svårare insjuknande och behov av avancerad vård. Rost et al. (2011) menar att patienter utan kroppsskada sällan blir inlagda för depression utan tydligt suicidalt beteende, vilket därav spekuleras vara vanligare hos män på akutmottagningar då de undviker öppenvård. Nämnvärt är dock att förekomsten av suicidala tankar bland samhällsmedborgare är vanligare hos kvinnor (Borges, Angst, Nock, Ruscio,



Walters & Kessler, 2006; Romans et al. (2007). Att kvinnor trots detta begår färre suicid kan exempelvis förklaras av bättre attityder mot att söka vård eller hjälp från omgivningen vid depression (Burnett-Zeigler et al., 2013; O'Loughlin et al., 2011) mer emotionell kommunikation (Tiedt, 2010; Park et al., 2015; Lim, 2014; Roter et al., 2014; Sjöström, 2014; Foss, 2002), starkare sociala kontakter (Tiedt, 2010; Gitto et al., 2015; Park et al., 2015; Lim, 2014) och större ansvar för familjen (SOU, 1996:133; Gabriel et al., 2010; Rafful et al., 2012). Maskulina normer av autonomi och tuffhet (Tang et al., 2014; O'Loughlin et al., 2011; Rochlen et al., 2010; Vogel et al., 2011; Oliffe et al., 2012) kan däremot anses öka risken för suicid. Suicid bör dock inte vara det enda måttet på vems lidande eller vårdbehov som är störst. Det är möjligt att vårdare lättare uppfattar suicidalt beteende hos män, exempelvis genom medvetenhet om ökad prevalens (Diaz-Granados et al., 2011; Socialstyrelsen, 2004; Rost et al., 2011) och därmed mer kommunikation om ämnet, eller för att män ofta uttrycker depression genom mer utåtagerande och synliga beteenden (Oliffe et al., 2012; O'Loughlin et al., 2011). Samtidigt är maskulin norm att inte visa känslor (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2014; Oliffe et al., 2012; O'Loughlin et al., 2011), vilket skulle kunna göra att det upplevs särskilt anmärkningsvärt när män visar känslor och att vårdare därför tar mäns känslouttryck på större allvar. Likadant som mäns depressiva symtom kan misstas för normalt maskulint beteende (Rochlen et al., 2010) kan kvinnors uttryck för depression misstolkas som normala attribut för kvinnligt kön. Detta kan jämföras med forskning om genusbias som visar hur likheterna mellan feminint beteende och personcentrerad vård leder till förminskning av kvinnliga personcentrerade vårdare till enbart bra kvinnor, medan manliga betraktas som kompetenta yrkesutövare (Schmid Mast, Hall & Roter, 2007; Blanch-Hartigan, Hall, Roter & Frankel, 2010; Hall, Roter, Blanch-Hartigan, Schmid Mast & Pitegoff, 2014). Det är problematiskt att kvinnor behöver uppvisa kroppsskada för att få lika stor chans som män till slutenvård för depression (Rost et al., 2011). Rafful et al. (2012) belyser att kvinnor söker vård för depression oftare men att detta inte alltid resulterar i behandling. Detta illustrerar hur sjukvården kanske inte tar kvinnors depressiva symtom på allvar och inte nödvändigtvis överbehandlar kvinnor utan kanske underbehandlar även dem.

Det bör påpekas att trots att betydligt fler kvinnor vårdas och behandlas för depression (Kessler et al., 2005; Diaz-Granados et al., 2011; Socialstyrelsen, 2004; Janusinfo, 2010; Skärsäter, 2014; Socialstyrelsen, 2004; SOU 1996:133) får män bättre vård (Putignano, Bruzzese, Orlando, Fiorentino, Tettamanti & Menditto, 2017; Dagens Medicin, 2007). Många studier undersökte manlig depression men kvinnors och övrigas perspektiv var begränsat, vilket belyser hur män fortfarande ses som normen och får bättre vård i form av forskning. Enligt Park et al (2015) vårdas män oftare inom specialistpsykiatri och fick nyare läkemedel, vilket styrks av Määttä och Öresland (2014), Dagens Medicin (2007), Socialstyrelsen (2011). Enligt Statens Offentliga Utredning vårdas kvinnor i högre utsträckning än män inom öppenvården (SOU 1996:133). Enligt Socialstyrelsen (2016) vårdas 70 % av alla patienter med depression i primärvården och få remitteras vidare till slutenvården då de flesta söker vård i god tid. Det kan dock finnas andra orsaker till detta, såsom brist på vårdplatser eller vårdpersonal (Svenska Dagbladet, 2014). En möjlighet till att män får mer avancerad vård för depression är att män i genusordningen anses viktigare och att sjukvården därför investerar mer resurser i deras hälsa, vilket stärks av att män ordinerar fler utredningar och tester medan kvinnor oftare endast ordinerar läkemedel (Määttä & Öresland, 2014; SOU 1996:133; Dagens Medicin, 2007; Socialstyrelsen 2011; Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). Det är viktigt att bedömningar av vårdbehov genomförs likvärdigt och inte utifrån genusnormer. Genusskillnaderna föreslår ett behov av utbildning i genus och bedömning av psykisk ohälsa för vårdpersonal, då intresset för genus som bekant är lågt bland sjuksköterskor och

omvårdnadsforskare (Määttä & Öresland, 2014). Holmström, Kaminsky, Höglund & Carlsson (2017) visade dock att sjuksköterskestudenter idag är medvetna om ojämlikheter och genuskillnader i vården och har kunskaper om faktorer som avgör vem som får bäst vård: såsom män och personer med hög utbildning, vilket stämmer med resultatet från Park et al. (2015), Rafful et al. (2012) samt Rost et al. (2011) och stärks av bland annat Socialstyrelsen (2011), Putignano et al., (2017) och SOU (1996:133). Detta är ett mycket gott tecken för framtidens vård och strävan efter en allt mer jämlik vård.

Historiskt har vårdgivare tenderat att bedöma psykiatriska symtom efter stereotypa genusmönster och ge kvinnor psykiatriska diagnoser i högre utsträckning än män trots liknande symtombild (SOU, 1996:133). Detta föreslår andra orsaker till genuskillnader i vården vid depression än olika symtom (Rochlen et al., 2010; Romans et al., 2007; Frank et al., 2007; Gitto et al., 2015; Shafer et al., 2015; Tiedt, 2010; Rafful et al., 2012; Park et al., 2015; Oliffe et al., 2012; Lim, 2014). En förklaring till högre diagnostik av kvinnor (SOU: 1996:133) kan vara lägre tolerans för avvikelser och normbrytande beteenden hos kvinnor, som generellt kontrolleras och erbjuds mindre plats i samhället (SOU, 1996:133). I vårt samhälle framställs män som tar plats i positiva termer som starka, drivna och originella, medan normbrytande kvinnor framställs som galna eller psykiskt sjuka, vilket kan jämföras med härskartekniken förlöjligande (Umeåregionen, 2017). Som exempel finns historiens behandling av kvinnor med så kallad *hysteri*, som led av symtom som ångest och nedstämdhet och behövde anpassas tillbaka till sin plats i hemmet (Läkartidningen, 2013). Dagens exempel skulle kunna vara det faktum att fler kvinnor utsätts för tvångsåtgärder vid psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2014). Fenomenet att diagnostisera och vårda normbrytande kvinnor kan betraktas som ett statligt finansierat system för patriarkal maktutövning för att kontrollera kvinnor som avviker från normerna och hotar maktordningen (Burstow, 2006; Burstow, 2009).

Depression bör diskuteras ur maktperspektiv på teoretisk nivå då samhälleliga normer grundade människors uppfattningar av depression, vilket påverkade deras beteende, och därmed påverkade deras hälsa (Oliffe et al., 2012; O'Loughlin et al., 2010; Kelly et al., 2007; Tang et al., 2014; Rochlen, 2010). Som alla diagnoser definierades depression som sjukdom på grund av behovet av att klassificera människor som normbrytande (Lilja & Hellzén, 2014). Vårdpersonal bör ha i åtanke att människor inte nödvändigtvis själva upplever sig som annorlunda eller sjuka för att de kategoriseras som detta enligt ett visst konstruerat diagnossystem. Svårigheterna med att objektivt diagnostisera och mäta prevalens av depression märks när Rochlen et al. (2010) problematiserar mörkertalet drabbade som inte själva inser det. Kan en person lida av depression utan att själv uppleva det eller utan att omgivningen uppfattar det? Detta belyser hur depression lika väl som genus existerar i social kontext och i samspel med andra människor, varför förhållandet mellan genus och depression är högst relevant att undersöka utifrån ett maktperspektiv. En relevant frågeställning är vem som tjänar på att klassificera människor med depression som avvikande eller befästa uppfattningen av dem som sjuka. Om kvinnoförtryck upprätthåller den patriarkala maktordningen, förtrycks då de sjuka av sjukvården i hälsans hierarki? Då även vårdpersonal kan drabbas av ohälsa är de inte nödvändigtvis överordnade patienterna per definition men huruvida vårdaren gynnas av olika maktförhållanden som uppstår mellan denne och patienten är intressant att diskutera. Sjukvården som institution har stor makt över individer med depression då sjukvårdens inkomstkälla är människors ohälsa. Sjukvården styrs av politiker och chefer med ekonomiska incitament (Reeves, McKee, Basu & Stuckler, 2014). Sjukdomsdiagnoser är internationellt och nationellt definierade och beslutade av makthavare (Reeves et al., 2014). Därmed är det värt att nämna att desto fler diagnoser det finns och desto

allvarligare de framstår, desto fler människor har anledning att vårdas och desto mer pengar kan sjukvården tjäna. Denna agenda reflekteras i många studiers (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Romans et al., 2007; O'Loughlin et al., 2010; Oliffe et al., 2012) förhållningssätt till genuskillnaderna vid depression: Kvinnor vårdas inte för mycket, män vårdas för lite.

#### 6.2.2.2. *Bemötande*

Enligt Chan, Bird, Weiss, Duan, Meredith & Sherbourne (2006) har genus betydelse för rådgivning vid depression. Kvinnor får fler råd om ångesthantering och inga om alkohol eller andra droger, vilket män får i betydligt högre utsträckning. Då många män upplever svårigheter med emotionell kommunikation och istället hanterar depression med missbruk (Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012; Park et al., 2015; Kelly et al., 2007) och vårdpersonal oftare talar med män om detta (Chan et al., 2006) är det möjligt att män i högre utsträckning vårdas för denna typ av ohälsa och att utredning av annan psykisk ohälsa såsom depression och ångest försvåras, döljs och bortprioriteras. Kvinnor med missbruksproblem riskerar samtidigt att inte få adekvat vård. Sjukvårdens rådgivning vid depression bör inte göras utifrån genus då detta riskerar att ytterligare spåda på fördomar där män med depression förväntas utföra riskabla gärningar medan kvinnor ska sitta hemma med ångest. Istället för att generalisera bör vårdpersonal ge samma råd till alla för att minska risken för missbruk och ångest vid depression hos samtliga patienter.

Det är intressant att manliga patienter föredrog kvinnliga vårdare (Roter et al., 2014) i vårt patriarkala samhälle. Enligt Foss (2002) agerar kvinnor och män olika som patienter: kvinnor är mer lyhörda för emotionell, icke-verbal kommunikation medan män föredrar tydlig kommunikation. Detta kan förklaras av genusnormer som befästs i vårdrelationen, såsom maskulina normer av styrka, auktoritet och rationalitet (Tang et al., 2014; O'Loughlin et al., 2011; Oliffe et al., 2012; Rochlen et al., 2010) och feminina normer som emotionell och kommunikativ kompetens (Roter et al., 2014; Foss, 2002; Briton & Hall, 1995; Weber, 2006). Detta kan också synas i motsatt situation i West (1990) studie där exempelvis manliga läkare ger råd formade som en order medan kvinnliga läkare ställer fler frågor och frågar om patientens egen åsikt. Detta tyder på att genusnormer påträffas också i själva vårdrelationen där personernas genus påverkar hur vårdrelationen skapas och hur vården för patienten kommer att bli. Då genusnormer och depressionsstigma var mest framträdande bland män (Tang et al., 2014; O'Loughlin et al., 2011; Oliffe et al., 2012; Rochlen et al., 2010; Vogel et al., 2011) är en möjlighet att manliga patienter föredrar kvinnliga vårdare (Roter et al., 2014) för att de känner sig obekväma att tala om sin psykiska ohälsa med andra män, vilket styrks av Foss (2002). Likadant skulle kvinnor kunna känna sig obekväma med kvinnliga vårdare då inflytandet av normer och stigma inom en viss grupp kan vara mer påtagligt gruppmedlemmar emellan. Fenomenet kan problematiseras ur maktperspektiv, då män medvetet eller omedvetet befinner sig i maktposition och därmed inte upplever positionen som hotad av en kvinnlig vårdare (Määttä & Öresland, 2014). Vårdrelationen med den kvinnliga vårdaren kan därmed uppfattas som mer jämlik utifrån den manliga patientens perspektiv. Likaså torde manliga vårdare uppleva makten starkare hotas av manliga patienter. Kvinnliga patienter kan dock nyttja den underordnade ställningen gentemot manliga vårdare då en underlägsen, bedjande attityd ansågs ge mer inflytande över vården (Määttä & Öresland, 2014). Detta kan tolkas som att patienter ges mer delaktighet om de inte hotar vårdarens auktoritet. Detta bör dock problematiseras utifrån intersektionalitet genom analys av andra faktorer som påverkar maktförhållandet. Det är emellertid problematiskt att sjukvården uppmuntrar underlägsenhet framför allt hos kvinnliga patienter och därmed befäster befintliga maktordningar som setts medföra ohälsa och hota vårdkvalitet och patientsäkerhet (Määttä och Öresland, 2014). Även

om vårdrelationen oundvikligen präglas av makt och beroende (Snellman, 2014) är det viktigt att sjuksköterskor eftersträvar en så jämlik relation som möjligt, och är medvetna om maktordningar som påverkar den, då detta enligt Joyce Travelbee (1966) är grunden för god omvårdnad.

### **6.2.3. Social omgivning**

Genus avgjorde hur individer påverkar och påverkas av mellanmännsliga relationer vid depression, vilket belyser hur genus existerar som social struktur i samspel mellan människor (Jorfeldt, 2010) samt vikten av omgivningsperspektiv och familjefokuserad omvårdnad av patienter med depression (Benzein, Hagberg & Saveman, 2014).

#### **6.2.3.1. Romantiska relationer**

När mannen i en heterosexuell parrelation lider av depression drabbas paret mer negativt än om kvinnan gör det (Gabriel et al., 2010). I enlighet med traditionella genusnormer (Määttä & Öresland, 2014) beskrivs kvinnor som vårdare av sin egen och framför allt andras hälsa och välbefinnande då de både förväntas ansvara för att behandla sin egen depression och övervaka den psykiska hälsan hos män i sin närhet och tvinga dem till behandling för eventuell depression (Bengs et al., 2008; Scholz et al., 2014). Sådana normer kan orsaka psykisk stress och ökad arbetsbörda för kvinnor som lever med en man med depression. Enligt Gaunt & Scott (2017) kan könsstereotyp ansvarsfördelning ännu påvisas i heterosexuella relationer: Kvinnor förväntas ta mer ansvar för hemmet och relationen medan män satsar mer på lönearbete, vilket stärks av Rafful et al. (2012). Att kvinnor enligt feminina normer förväntas hjälpa män medan män enligt maskulina normer förväntas vägra ta emot hjälp är en problematisk konstruktion och en paradox som teoretiskt borde försvåra samlevnad av män och kvinnor. Det är också möjligt att även män påverkas av sin partners depression men inte lika märkbart på grund av maskulina normer som gör att de döljer sina känslor (Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012; O'Loughlin et al., 2011) eller saknar förmåga att beskriva dem (Rochlen et al., 2010).

#### **6.2.3.2. Familj**

I traditionella könsroller ansvarar kvinnor för familj och hushåll (SOU: 1996:133; Määttä & Öresland, 2014). Enligt Rafful et al. (2012) ansvarar kvinnor för hushållsarbete och barnomsorg i betydligt högre grad än män, vilket innebär att kvinnor med samtidigt lönearbete arbetar dubbelt. Kvinnor i sådana levnadsförhållanden har högre risk att drabbas av depression (Gabriel et al., 2010; Rafful et al., 2012). Normen av mödraskap kan diskuteras bidra till att barnlöshet är starkare kopplat till depression hos kvinnor än män (Shafer et al., 2015). Samtidigt är antalet barn högst hos par som var missnöjda i sin relation. De par uppvisar även mest könsstereotyp ansvarsfördelning, vilket bidrar till depression hos kvinnor (Rafful et al., 2012; Gabriel et al., 2010). Kvinnors psykiska ohälsa relaterat till ansvaret för graviditet, förlossning, barnuppfostran och hushållsarbete kan även påverka partnern och leda till missnöje i relationen. Då autonomi anses vara ett maskulint attribut som depressionen hotar (Tang et al., 2014) skulle män kunna tänkas uppleva föräldraskap som mer frihetsbegränsande och som ett hot mot den maskulina identiteten i högre grad än kvinnor, vars plats traditionellt ansetts vara i hemmet. En möjlighet är att män upplever den maskulina normen och fadersrollen som svårörenliga, vilket kan försvåra föräldraskapet och påverka föräldrarna negativt.

#### 6.2.4. Individ

Genus påverkar den enskilde individens upplevelser och uppvisande av depressiva symtom (Romans et al., 2007; Frank et al., 2007; Park et al., 2015) samt reaktioner på och hanteringsstrategier för dem (Kelly, Sereika, Battista & Brown, 2007; Febres et al., 2011; O'Loughlin et al., 2011) och bidrar därmed till genuskillnader i vården för depression.

##### 6.2.4.1. Symtom

Skillnader i symtom kan utifrån genusmedicinsk forskning förklaras av samspelet mellan biologi och social miljö (Määttä och Öresland, 2014). Depression är en mänsklig konstruktion och människors förståelse för detta koncept påverkar hur individer upplever depression eftersom förståelsen för omvärlden styr hur vi tolkar och reagerar på fenomen (Kirkevold, 2000). Genusnormer kan bland annat styra hur vi tolkar och upplever symptom (SOU: 1996:133). Män och kvinnor har olika uppfattningar och förklaringsmodeller för depression (Bengs et al., 2014; Kelly et al., 2007) vilket enligt Kelly et al. (2007) kan påverka individens emotionella reaktion och därmed upplevelsen av depression. Depression kan alltså upplevas och uppfattas olika beroende på genus, vilket är något sjuksköterskor bör vara medvetna om i omvårdnaden av patienter med depression.

Att kvinnor uppvisar depressiva symtom i större utsträckning (Gitto et al., 2015; Romans et al., 2007; Rafful et al., 2012; Kelly et al., 2007 SOU: 1996:133) kan antingen bero på att kvinnor har högre risk att drabbas (Kessler et al., 2005; Diaz-Granados et al., 2011; Rafful et al., 2012; Gitto et al., 2015; Bocquier et al., 2014; Statens Folkhälsoinstitut, 2008) eller oftare söker hjälp och påtalar symtom för omgivningen (Bengs et al., 2008; Scholtz et al., 2014; Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012; Kelly et al., 2007; O'Loughlin et al., 2011; Lim, 2014; Tiedt, 2010; Gitto et al., 2015). Depression och genus har samband med utbildningsgrad, kapital och social status (Gitto et al., 2015; Tiedt, 2010) samt genusstereotyp ansvarsfördelning (Rafful et al., 2012; Gabriel et al., 2010; Scholz et al., 2014; Febres et al., 2011; Shafer et al., 2015), vilket belyser att kvinnor fortfarande har begränsade livsvillkor och lägre levnadsstandard än män och därav löper högre risk att drabbas av depression. Hälsa kan diskuteras utifrån ett salutogent perspektiv, som Antonovsky formulerade till *KASAM - Känsla av sammanhang* (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Enligt KASAM har människan olika strategier och resurser för att hantera ohälsa, såsom utbildning, socialt stöd, genetiska faktorer, självidentitet och kulturell stabilitet. KASAM formas genom hela livet utifrån sociala, kulturella och historiska sammanhang. En individ med hög utbildning och därmed också oftast hög inkomst har förmodligen också haft goda förutsättningar tidigare i livet då hen haft möjlighet till hög utbildning som bidragit till ett yrke med hög inkomst. Därmed kan förbindelser dras mellan hög utbildning och hög KASAM, vilket innebär bättre motståndsresurser mot ohälsa, som exempelvis depression. En individ med låg utbildning, låg inkomst och andra låga socioekonomiska faktorer kan ha sämre motståndsresurser mot ohälsa och kan därför drabbas av depression i högre grad (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014).

Bland äldre är män tvärtom mer utsatta för depression (Park et al., 2015; Tiedt, 2010; Lim, 2014). En anledning till detta kan vara att mäns självbild påverkas hårdare av ålderdom, då styrka, autonomi och produktivitet var centrala begrepp i maskulina normer (Tiedt, 2010; Tang et al., 2014; Rochlen et al., 2010; Oliffe et al., 2012). Enligt Tiedt (2010) har mäns självkänsla ofta anknytning till deras arbete, vilket kan orsaka identitetskris och depression vid åldrande. Då kvinnors roll traditionellt är i hemmet (Määttä & Öresland, 2014) påverkas kanske identiteten inte lika mycket av ålderdomen.

Romans et al. (2007) diskuterar kopplingar mellan viktrelaterade symtom hos kvinnor och normer utifrån kvinnosyn. Kvinnor har länge objektifierats och kvinnors kroppar sexualiseras och granskas i utseende som objekt för konsumtion (Feministiskt initiativ, 2017). Sexualiseringen av kvinnor märks även då nyhetsmedia betonar reproduktiva orsaker till depression hos kvinnor (Bengs et al., 2008). Det faktum att barnlösa kvinnor har mer depressiva symtom än män (Shafer et al., 2015) kan relateras till samhällets syn på kvinnor som objekt för reproduktion. I ljuset av Lindgrens (2014) teori om sambandet mellan den högre förekomsten av självskadebeteende hos kvinnor och förtrycket av kvinnors kroppar förefaller sambandet mellan genusstrukturer och psykisk ohälsa påtagligt och som en allvarlig risk för ohälsa.

#### 6.2.4.2. *Coping*

Enligt Leventhals hypotes (Kelly et al., 2007) avgörs copingstrategier av individens emotionella reaktion som i sin tur avgörs av förståelsen för sjukdomen, vilket varierar mellan män och kvinnor (Bengs et al., 2014; Kelly et al., 2007).

Maskulina normer om autonomi bidrar till negativa attityder mot hjälp från sjukvård eller anhöriga (O'Loughlin et al. 2011; Oliffe et al., 2012; Tiedt, 2010; Tang et al., 2014), vilket stärks av Hoy (2012). Detta kan bidra till ökad depression hos äldre män då ålderdom kan medföra begränsningar och ett ökat hjälpbehov. Detta stärks av att ensamma äldre män, främst de med lägre socioekonomisk status, enligt Lim (2014) lider av mer depression och påverkades mer av ensamhet och nedsatt fysisk funktion. Äldre kvinnor har ett starkare socialt nätverk än äldre män och har lättare att prata om sina symtom med andra (Tiedt, 2010; Park et al., 2015; Lim, 2014), vilket kan kopplas till den feminina normen om känslomässig kompetens, kommunikation och omsorg för den sociala omgivningen (Määttä & Öresland, 2014). Äldre mäns ohälsa kan också illustrera hur undvikande av vård i slutändan resulterar i mer ohälsa. Det är oroväckande att framför allt män i så hög utsträckning vänder sig mot missbruk istället för sjukvård vid depression (Oliffe et al., 2012; Kelly et al., 2007; Rochlen et al., 2010) - särskilt då många uppger att anledningen är att leva upp till maskulina ideal (Oliffe et al. (2012). Missbruk och beroende hanteras ofta med lagar, straff och förbud istället för att gå till botten med bakomliggande orsaker till problemet. Denna studies resultat kastar ljus på substansmissbruk både som direkt symtom på depression, som självmedicinering och framför allt som ett resultat av skadliga maskulina normer och stigma, som skulle kunna vara sjukvårdens måltavla för att hjälpa människor med missbruksproblematik.

Copingstrategier varierar mellan olika länder. Män som tillämpar social isolering och substansmissbruk är särskilt vanligt i Kanada och USA (Oliffe et al., 2012; O'Loughlin et al., 2011; Rochlen et al., 2010). Länderna har liknande kultur, normer och socioekonomiska förhållanden och likheterna i copingstrategier förefaller därmed logiska (Triandis, 1988). Kulturen präglas av individualism vilket kan orsaka isolering vid depression (Triandis, 1988). I Sydkorea och Kina är substansmissbruk i samband med depression inte lika vanligt men däremot social isolering (Lim, 2014). Bland annat Gitto et al. (2015) belyser att depression minskar hos personer med en stor familj. Kulturen i Sydkorea är familjär och familjer bor tillsammans i högre utsträckning än i Nordamerika (Triandis, 1988).

Människor med hög KASAM har lättare att hantera och motverka ohälsa med hjälp av motståndsresurser såsom hög utbildning och god materiell standard (Langius-Eklöf & Sundberg, 2014). Kvinnor har dock bättre, mer adaptiva copingstrategier och lättare att hantera depression (Febres et al., 2011; Kelly et al., 2007), vilket motsäger tidigare diskussion om att höginkomsttagare med hög utbildning och därmed framförallt män har högre KASAM än låginkomsttagare med lägre utbildning (framförallt kvinnor). En möjlighet är att män

generellt har högre KASAM och bättre motståndsresurser vilket skyddar dem från att drabbas av depression - men när de väl drabbas har de sämre copingstrategier och svårare att hantera depressionen.

## 7. Konklusion

Genusskillnader vid vård av personer med depression påvisas och belyses utifrån flera olika dimensioner, såsom samhällets genusnormer, stigma kring depression, hälso- och sjukvårdens handläggning och bemötande av patienter, mellanmännsliga relationer samt individuella symtom och copingstrategier, där allt grundas i hur människor uppfattar genus och förväntar sig att andra människor ska vara och bete sig. Kvinnor är särskilt benägna att drabbas av depression samtidigt som de får vård på lägre nivå än män. Analys utifrån intersektionalitet illustrerade skillnader i män och kvinnors levnadsvillkor utifrån maktförhållanden som samverkar med genus. Människors genus har konsekvenser för deras vård och därmed deras hälsa. Depression förknippas ännu med stigmatisering och många, framför allt män, möter konsekvenserna då de undviker vård eller väljer alternativa metoder för egenvård. Att den psykiska ohälsan ökar hos befolkningen samtidigt som depression fortfarande är stigmatiserat och kopplat till genusnormer är problematiskt för hälso- och sjukvården och drabbade individer. Människor måste kunna söka vård när de behöver utan att deras hälsa avgörs av genusnormer. Insatser på befolkningsnivå behövs för att öppna diskussion om normer som genus och psykisk ohälsa samt maktordningar och intersektionalitet. och hur detta påverkar människors hälsa, för att bidra till en bättre och mer jämlik vård.

### 7.1. Implikationer för praxis

Kunskap om depression, genus och hur normer och maktordningar påverkar patienter och vårdare är viktig kompetens för all vårdpersonal i alla verksamheter för att kunna arbeta mot en jämlik vård (Alspach, 2017). Sjuksköterskor kan genom jämlikt bemötande av patienter och personcentrerad vård utmana normer och därmed bidra till jämlikhet. Insikt i egna och andras värderingar samt förståelse för maktförhållanden i vårdrelationen är avgörande för all omvårdnad, särskilt vid psykisk ohälsa som depression med tanke på kopplingen mellan patientens utsatta situation och sjuksköterskans ansvar. Då sjuksköterskans ansvar är att utöva jämlik vård och förebygga ohälsa bör alla sjuksköterskor ansvara för att inte befästa skadliga genusnormer och stigma kring psykisk ohälsa genom de implicita och explicita värderingar som uttrycks i kommunikationen med patienten. Sjuksköterskor bör ha kunskap om ojämlikheter i vården och kunna diskutera genus och psykisk ohälsa med patienter. Hälso- och sjukvården som verksamhet kan göra aktiva insatser för jämställdhet mot specifika målgrupper och utgöra ett forum med möjlighet att tala öppet om normer och depression utifrån medicinska och vårdvetenskapliga perspektiv, vilket förhoppningsvis kan förbättra människors attityd mot vård för depression och därmed minska risken för allvarliga konsekvenser, underlätta tillfrisknande och därmed främja hälsa.

### 7.2. Implikationer för forskning

Det är önskvärt med fler vårdvetenskapliga studier ur ett genusperspektiv för att kunna arbeta för en jämlik vård. Fortsatta studier av depression och övrig psykisk ohälsa behövs för ökad medvetenhet och kunskap och förebyggande av stigma och myter och ohälsa bland

befolkningen. Studier av depression utifrån intersektionalitet behövs för ytterligare förståelse för bidragande faktorer till ojämlikheter i vården. Fler studier behöver belysa kvinnors perspektiv på depression. Framför allt behövs studier där andra genus än cisman och ciskvinna ses som just genus och inte som psykisk sjukdom samt studier som inkluderar människor med olika sexuella läggningar. Studiernas oönskade totala exkludering av dessa målgrupper är djupt bekymrande då HBTQ+-personer enligt Socialstyrelsen (2011) har högre ohälsa och oftare besöker vården än andra. Detta visar på att fortsatt forskning om genus i vården utifrån ett modernare och mer inkluderande synsätt är högst relevant, eftersom Hälso- och sjukvårdslagen belyser samtliga människors rätt till jämlik vård utan diskriminering (SFS 2017:30).



## 8. Referenslista

Ahrne, G. (2010). Intersektionalitet. I C. Edling & F. Liljeros (Red.), *Ett delat samhälle - makt, intersektionalitet och social skiktning* (s. 146-164). Stockholm: Liber AB.

Alspach, J. G. (2017). Because Women's Lives Matter, We Need to Eliminate Gender Bias. *Critical Care Nurse*, 37(2), 10-18. doi: 10.4037/ccn2017326

Arlebrink, J. (2014). Etiska aspekter på tvångsvård. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s. 401-423). Lund: Studentlitteratur AB.

Bengs, C., Johansson, E., Danielsson, U., Lehti, A., & Hammarström, A. (2008). Gendered portraits of depression in Swedish newspapers. *Qualitative Health Research*, 18(7), 962-973. doi: 10.1177/1049732308319825

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2014). Familj och sociala relationer. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 69-88). Lund: Studentlitteratur AB.

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.115-126). Lund: Studentlitteratur AB.

Blanch-Hartigan, D., Hall, J.A., Roter, D.L., & Frankel, R.M. (2010). Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. *Patient Education and Counseling*, 80(3), 315-320. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.014

Bocquier, A., Cortaredona, S., Verdoux, H., Casanova, L., Sciortino, V., Nauleau, S., & Verger, P. (2014). Social inequalities in early antidepressant discontinuation. *Psychiatric Services*, 65(5), 618-625. doi: 10.1176/appi.ps.201300184

Borges, G., Angst, J., Nock, M.K., Ruscio, A.M., Walters, E.E., & Kessler, R. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36(12), 1747-57. doi 10.1017/S0033291706008786

Briton, N.J., & Hall, J.A. (1995). Beliefs about female and male nonverbal communication. *Sex Roles*, 32, 79-90.

Burnett-Zeigler, I., Kim, H. M., Chiang, C., Kavanagh, J., Zivin, K., Rockefeller, K., & ... Kales, H. C. (2014). The association between race and gender, treatment attitudes, and antidepressant treatment adherence. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 29(2), 169-177. doi:10.1002/gps.3984

Burstow, B. (2006). Understanding and ending ECT: A feminist perspective. *Canadian Woman Studies*, 25, 115-22.

Burstow, B. (2009). Electroshock: The gentleman's way to batter women. *Domestic Violence Report*, 14, 17-32.

Chan, K., Bird, C., Weiss, R., Duan, N., Meredith, L., & Sherbourne, C. (2006). Does patient-provider gender concordance affect mental health care received by primary care patients with major depression?. *Women's Health Issues*, 16(3), 122-132. doi: 10.1016/j.whi.2006.03.003

Connell, R., & Pearse, R. (2015). *Om genus*. Borgå: Bookwell.

Dagens medicin. (2007). *Män och kvinnor behandlas olika i sjukvården*. Hämtad: 2017-12-12, från <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2007/08/30/man-och-kvinnor-behandlas-olika-i-sjukvarden/>

Dahlborg- Lyckhage, E., & Eriksson, H. (2010). Introduktion. I H. Strömberg., & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 13-23). Lund: Studentlitteratur AB.

Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur AB.

Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-342). Lund: Studentlitteratur AB.

Diaz-Granados, N., McDermott, S., Wang, F., Posada-Villa, J., Saavedra, J., Rondon, M., ... Stewart, D. E. (2011). Monitoring gender equity in mental health in a low-, middle-, and high-income country in the Americas. *Psychiatric Services*, 62(5), 516-524. doi: 10.1176/ps.62.5.pss6205\_0516

Ekstrand, P., & Saarnio, L. (2010). Patientens makt och vanmakt i vården. I H. Strömberg., & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 169-185). Lund: Studentlitteratur AB.

Eldh, A-C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s. 485-504). Lund: Studentlitteratur AB.

Febres, J., Rossi, R., Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2011). Differential Relationship Between Depression Severity and Patients' Perceived Family Functioning in Women versus in Men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(7), 449-453. doi: 10.1097/nmd.0b013e318221412a

Feministiskt initiativ. (2017). *Pornografi och sexualisering av det offentliga rummet*. Hämtad 2017-11-06 från <https://feministisktinitiativ.se/politik/vald-mot-kvinnor/pornografi-och-sexualisering/>

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Foss, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 16(1), 19-26. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00045.x
- Frank, L., Matza, L., Hanlon, J., Mannix, S., Revicki, D., Feltner, D., & Morlock, R. (2007). The patient experience of depression and remission: focus group results. *Journal Of Nervous & Mental Disease*, 195(8), 647-654. doi: 10.1097/NMD.0b013e31811f400f
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gabriel, B., Beach, S.R., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 41(3), 306-316. doi: 10.1016/j.beth.2009.09.001
- Gatens, M. (2013). *Imaginary Bodies: Ethics, Power, and Corporality*. New York: Routledge.
- Gaunt, R., & Scott, J. (2017). Gender Differences in Identities and Their Sociostructural Correlates: How Gendered Lives Shape Parental and Work Identities. *Journal Of Family Issues*, 38(13), 1852-1877. doi: 10.1177/0192513X16629182
- Gitto, L., Noh, Y.-H., & Andrés, A. R. (2015). An Instrumental Variable Probit (IVP) analysis on depressed mood in Korea: the impact of gender differences and other socio-economic factors. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(8), 523-530. doi: 10.15171/IJHPM.2015.82
- Globalis. (2015). *HDI- index för mänsklig utveckling*. Hämtad 2017-11-14, från <http://www.globalis.se/Statistik/HDI-maensklig-utveckling>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hall, J.A., Roter, D.L., Blanch-Hartigan, D., Schmid Mast, M., & Pitegoff, C. (2014). How patient-centered do female physicians need to be? Analogue patients' satisfaction with male and female physicians' identical behaviors. *Health Communication*, 30(9), 894-900. doi: 10.1080/10410236.2014.900892
- Hamberg, K. (2005). Har kvinnor verkligen ett bredband i hjärnan? Om jakten på biologin i "kvinnligt" och "manligt". I B. Hovelius & E.E. Johansson (Red.), *Kropp och genus i medicinen* (s.69-78). Lund: Studentlitteratur AB
- Hammarström, A., & Annandale, E. (2012). A Conceptual Muddle: An Empirical Analysis of the Use of 'Sex' and 'Gender' in 'Gender-Specific Medicine' Journals. *PLOS ONE*, 7(4), 341- 393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034193>
- Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 53 - 66). Lund: Studentlitteratur AB.

- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Mårtensson, J. (2012). Publicering av examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 570-581). Lund: Studentlitteratur AB.
- Holmström, I. K., Kaminsky, E., Höglund, A. T., & Carlsson, M. (2017). Nursing students' awareness of inequity in healthcare — An intersectional perspective. *Nurse Education Today*, 48, 134-139. doi: 10.1016/j.nedt.2016.10.009
- Hoy, S. (2012). Beyond Men Behaving Badly: A Meta-Ethnography of Men's Perspectives on Psychological Distress and Help Seeking. *International Journal of Men's Health*, 11(3), 202-226. doi: 10.3149/jmh.1103.202
- Hupcey, J.E. & Miller, J. (2006). Community dwelling adults' perception of interpersonal trust vs. trust in health care providers. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1132-1139. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01386.x
- Janusinfo. (2010). En bit kvar till jämställd läkemedelsbehandling. Hämtad 2017-10-07, från <http://www.janusinfo.se/Nyheter/Symposiereferat-och-webbtv-sandningar/En-bit-kvar-till-jamstalld-lakemedelsbehandling/>
- Jorfeldt, I. (2010). Vårdvetenskapen ur ett genusperspektiv. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv i vård och omvårdnad* (s. 25-40). Lund: Studentlitteratur AB.
- Johansson, I. (2014). Vårdmiljön - spelar den någon roll? I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (s. 339-353). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95 - 113). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kelly, M., Sereika, S., Battista, D., & Brown, C. (2007). The relationship between beliefs about depression and coping strategies: gender differences. *British Journal Of Clinical Psychology*, 46(3), 315-332. doi: 10.1348/014466506X173070
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, A., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.69-92). Lund: Studentlitteratur AB.

Langius- Eklöf, A. & Sundberg, K. (2014). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg. & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa* (s.53-72). Lund: Studentlitteratur AB.

Leach, L.S., Christensen, H., & Mackinnon, A.J. (2008). Gender differences in the endorsement of symptoms for depression and anxiety. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 196(2), 128-135. doi: 10.1097/NMD.0b013e318162aa63

Lilja, L. & Hellzén, O. (2014). Vårdares attityder och stigmatisering. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (s. 383-396). Lund: Studentlitteratur AB.

Lim, E. J. (2014). Gender differences in the relationship between physical functioning and depressive symptoms in low-income older adults living alone. *Nursing & Health Sciences*, 16(3), 381-386. doi: 10.1111/nhs.12119

Lindgren, B-M. (2014). Självskadebeteende. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (s. 197-209). Lund: Studentlitteratur AB.

Läkartidningen 22/2013. (2013). *När kvinnors vantrivsel klassades som sjukdom*. Hämtad 2017-11-16, från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Kultur/Kultur/2013/05/Nar-kvinnors-vantrivsel-klassades-som-sjukdom/>

Mänskliga rättigheter. (2017). *Rätten att inte bli diskriminerad*. Hämtad 2017-11-24 från <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/ratten-att-inte-bli-diskriminerad>

Mirsch, H. (2014, februari). Långsam ökning av manliga sjuksköterskor. *Vårdfokus*. Tillgänglig: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2014/februari/langsam-okning-av-manliga-sjukskoterskor/>

Määttä, S. & Öresland, S. (2014). Genusperspektiv i omvårdnad. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s. 323-339). Lund: Studentlitteratur AB.

Nationalencyklopedin. (2017). *Genussystem*. Hämtad 2017-12-12, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/genussystem>

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2016a). *Cisperson/Cis*. Hämtad 2017-10-20, från <https://www.genus.se/ord/cis/>

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2016b). *Om kön och genus*. Hämtad 2017-10-20 från <https://www.genus.se/kunskap-om-genus/om-kon-och-genus/>

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2016c). *Hegemoni*. Hämtad 2017-11-26, från <https://www.genus.se/ord/hegemoni/>

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2017a). *Intersex*. Hämtad 2017-10-20, från <https://www.genus.se/ord/intersex/>

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2017b). *Intersektionalitet*. Hämtad 2017-10-21, från <https://www.genus.se/kunskap-om-genus/om-genusforskning/intersektionalitet/>

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2017c). *Dikotomi*. Hämtad 2017-12-12, från <https://www.genus.se/ord/dikotomi/>

Oliffe, L. J., Galdas, M.P., Han, C.S.E., & Kelly, M.T. (2012). Faux masculinities among college men who experience depression. *Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, 17(1), 75-92. doi: 10.1177/1363459312447256

O'Loughlin, R. E., Duberstein, P. R., Veazie, P. J., Bell, R. A., Rochlen, A. B., Fernandez y Garcia, E., & Kravitz, R. L. (2011). Role of the Gender-Linked Norm of Toughness in the Decision to Engage in Treatment for Depression. *Psychiatric Services*, 62(7), 740–746. doi: 10.1176/ps.62.7.pss6207\_0740

Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2017). Registered Nurses' experiences of Patient Participation in Hospital Care: supporting and hindering factors Patient Participation in Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, in press doi: 10.1111/scs.12486

Park, S., Lee, M., Shinfuku, N., Sartorius, N., & Park, Y. C. (2015). Gender differences in depressive symptom profiles and patterns of psychotropic drug usage in Asian patients with depression: Findings from the Research on Asian Psychotropic Prescription Patterns for Antidepressants study. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 49(9), 833-841. doi:10.1177/0004867415579464

Petersson, P. & Lindskov, C. (2012). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 289-302). Lund: Studentlitteratur AB.

Putignano, D., Bruzzese, D., Orlando, V., Fiorentino, D., Tettamanti, A., & Menditto, E. (2017). Differences in drug use between men and women: an Italian cross sectional study. *BMC Women's Health*, 17(1), 1-7. doi: 10.1186/s12905-017-0424-9

Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1–2), 165–169. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.040

Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. *Health Policy*, 115(1), 1-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.11.008

Regeringskansliet. (2006). *FN:s konventioner om mänskliga rättigheter*. Stockholm: Regeringskansliet.

RFSL Ungdom. (2014). *Transformering: Kön*. Hämtad 2017-11-08, från <http://www.transformering.se/vad-ar-trans/kon>

Rochlen, A.B., Paterniti, D.A., Epstein, R.M., Duberstein, P., Willeford, L., & Kravitz, R.L. (2010). Barriers in diagnosing and treating men with depression: a focus group report. *American Journal of Men's Health*, 4(2), 167-75. doi:10.1177/1557988309335823

Rodwell, C.M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.

Romans, S., Tyas, J., Cohen, M., & Silverstone, T. (2007). Gender differences in the symptoms of major depressive disorder. *Journal Of Nervous & Mental Disease*, 195(11), 905-911. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181594cb7

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-444). Lund: Studentlitteratur AB.

Rost, K., Hsieh, Y., Xu, S., & Harman, J. (2011). Gender Differences in Hospitalization After Emergency Room Visits for Depressive Symptoms. *Journal Of Women's Health (15409996)*, 20(5), 719-724. doi: 10.1089/jwh.2010.2396

Roter, D.L., Erby, L.H., Adams, A., Buckingham, C.D., Vail, L., Realpe, A., Larson, S., & Hall, J.A. (2014). Talking about depression: an analogue study of physician gender and communication style on patient disclosures. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 339-45. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.006

Rundqvist, E. (2012). Makt som fullmakt. I L. Wiklund-Gustin., & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 335-346). Lund: Studentlitteratur AB.

Röda korsets högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2017-10-18, från [http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall\\_granskning.pdf](http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf)

Schmid Mast, M., Hall, J.A. & Roter, D.L. (2007). Disentangling physician sex and physician communication style: their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 16-22.

Scholz, B., Crabb, S., & Wittert, G. A. (2014). "We've Got to Break Down the Shame". *Qualitative Health Research*, 24(12), 1648-1657. doi: 10.1177/1049732314549020

Seal, D.W., Bogart, L.M. & Ehrhardt, A.A. (1998). Small group dynamics: The utility of focus group discussions as a research method. *Group dynamic: Theory, research and practice*, 2, 253-266.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Shafer, K. & Pace, G. T. (2015). Gender Differences in Depression across Parental Roles. *Social Work*, 60(2), 115-125. doi: sw/swu057

Sjöström, N. (2014). Suicid. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (s. 263-281). Lund: Studentlitteratur AB.

Skau, G. M. (1993). *Mellan makt och hjälp - Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Skärsäter, I. (2014). Förstämmningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (s.99-127). Lund: Studentlitteratur AB.

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer - en filosofisk belysning. I F. Friberg., & J.Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s. 439-464). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård? Könsperspektiv på Hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Fler tvångsåtgärder för kvinnor*. Hämtad 2017-10-06, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014december/flertvangsatgarderforkvinnor>

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - stöd vid styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017a). *Diagnoskoder (ICD-10-SE)*. Hämtad 2017-11-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>

Socialstyrelsen (2017b). *Könsdysfori ökar - särskilt bland unga*. Hämtad 2017-11-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/konsdysforiokarsarskiltblandunga>

Socialstyrelsen (2017c). *Socialstyrelsen förbereder ändring av klassificering av transsexualism*. Hämtad 2017-10-13, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/socialstyrelsenforberederandringavklassificeringavtranssexualism>

SOU 1995:5. *Vårdens svåra val*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU: 1996:133. *Jämställd vård - Olika vård på lika villkor*. Stockholm: Socialdepartementet.



SOU: 1998:25. *Statliga utredningar om segregationsfrågan*. Stockholm: Socialdepartementet.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Statens Folkhälsoinstitut. (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression: En kunskapsöversikt*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut. (2008). *Är depression en klassfråga? - En systematisk litteraturöversikt mellan social klass och depression*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-10-11, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Svensk MeSH. (2017). *Hitta medicinska sökord*. Hämtad 2017-10-10, från <https://mesh.kib.ki.se/>

Svenska Dagbladet. (2014). *Svensk psykvård nu på europeisk bottennivå*. Hämtad 2017-11-16, från <https://www.svd.se/svensk-psykvard-nu-pa-europeisk-bottenniva>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Tang, M. T., Oliffe, J. L., Galdas, P. M., Phinney, A. & Han, C. S. (2014). College men's depression-related help-seeking: a gender analysis. *Journal Of Mental Health*, 23(5), 219-224. doi: 10.3109/09638237.2014.910639

The Belmont Report. (1978). *Ethical principles and Guidelines for the Protection of Human Subject, Government Printing Office*. Hämtad 2017-11-24, från [https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_appendix\\_belmont\\_report\\_vol\\_2.pdf](https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf)

The Committee on Publication Ethics. (2017). *About COPE*. Hämtad 2017-10-31, från <https://publicationethics.org/about>

Tiedt, A.D. The gender gap in depressive symptoms among Japanese elders: evaluating social support and health as mediating factors. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 25(3), 239-256. doi: 10.1007/s10823-010-9122-x

Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Triandis H. (1988) Collectivism v. Individualism: A Reconceptualisation of a Basic Concept in Cross-cultural Social Psychology. In Verma G.K., & Bagley C. (Eds.), *Cross-Cultural Studies of Personality, Attitudes and Cognition* (s. 60-69). London: Palgrave Macmillan.

Umeåregionen. (2017). *Härskartekniker*. Hämtad 2017-11-16, från <http://www.umearegionen.se/uterum/samarbetsgrupper/jamstalldhet/webbutbildningnormstorum/harskartekniker.4.c562a9a13b3c135dd0573.html>

UMO. (2017). *Trans och cis*. Hämtad 2017-11-08, från <http://www.umo.se/Jag/Trans-och-cis/>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vogel, D.L., Heimerdinger-Edwards, S.R., Hammer, J.H., & Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 368-82. doi: 10.1037/a0023688

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB.

Weber, L. (2006). Reconstructing the Landscape of Health Disparities Research: Promoting Dialogue and Collaboration Between Feminist Intersectional and Biomedical Paradigms. In A. J. Schulz, & L. Mullings (Eds.), *Gender, Race, Class, & Health: Intersectional approaches*. (p. 21-59). San Francisco: Jossey-Bass.

West, C. (1990). Not just doctors' order: directive-response sequences in patients' visits to women and men physicians. *SAGE Journals*, 1(1), 85-112. doi: 10.1177/0957926590001001005

West, C. (1993). Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science Medicine*, 36(1), 57-66. doi: 10.1016/0277-9536(93)90305-N

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193-214). Lund: Studentlitteratur AB.

Wiklund-Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnad i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Östlin, P. (2002). Gender inequalities in health: the significance of work. In S.P. Wamala, & J. Lynch (Eds.), *Gender and Social Inequalities in Health* (s. 43-65). Lund: Studentlitteratur AB.

Östlundh, L. (2013). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 57 - 79). Lund: Studentlitteratur.

## 9. Bilaga 1: Tabell 1 - Söktabell PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
171006	Gender AND depress* AND experienc* AND nursing	10 years, adults (19+ years)	191	4	4	Oliffe et al. (2012)
171011	Depression AND treatment AND gender AND communication	10 years, adult (19+ years)	189	7	7	Roter et al. (2014)  Rochlen et al. (2010)  Gabriel et al. (2010)  Tiedt (2010)  Vogel et al. (2011)  Febres et al. (2011)  Scholz et al. (2014)
171016	Depression AND gender AND (bias OR prejudice)	2007-2017, all adult (19+),	319	7	5	Rafful et al. (2012)  Gitto et al. (2015)

## 10. Bilaga 2: Tabell 2 - Söktabell Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
171006	Depress* AND treatment AND gender AND differ*	peer reviewed, research article, 2007-2017	208	9	6	O'Loughlin et al. (2011)  Romans et al. (2007)
171006	Gender* AND depress* AND experienc*	peer reviewed, research article, 2007-2017	376	10	7	Lim et al. (2014)  Bengs et al. (2008)  Frank et al. (2007)  Tang et al. (2014)
171014	Gender* AND depress* AND differ* AND treat*	peer reviewed, research article, 2007-2017, all adult (18+)	161	13	10	Shafer & Pace (2015)  Park et al. (2015)  Rost et al. (2011)  Bocquier et al. (2014)  Burnett-Zeigler et al. (2013)
171011	Gender* AND depress* AND attitude*	peer reviewed, research article, år 2007-2017, all adult (18+)	132	3	3	Kelly et al. (2007)

## 11. Bilaga 3: Tabell 3 - Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kommentar, styrkor+/svagheter-	Kvalitet
<p>“Gendered portraits of depression in Swedish newspapers.”</p> <p>Bengs, C., Johansson, E., Danielsson, U., Lehti, A. &amp; Hammarström, A.</p> <p>(2008)</p> <p><i>Qualitative Health Research</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Beskriva nyhetstidningars porträtt av depression utifrån personliga erfarenheter och genusperspektiv.</p>	<p>Retrospektiv longitudinell tvärsnittsstudie med kvalitativ metod. Artiklar om depression från de tre svenska nyhetstidningarna med högst dagliga omsättning (Aftonbladet, Göteborgs-Posten och Svenska Dagbladet) 020101-021231 söktes via Mediearkivet.se. 1151 artiklar granskades för att urskilja de som rörde erfarenheter, vilket gav 26 artiklar (14 personliga berättelser, varav 4 kändisar och 8 brev varav 2 från anhöriga), totalt 29 individer (21 kvinnor, 8 män), som genomgick kvalitativ innehållsanalys till koder i klustrade kategorier och subkategorier.</p>	<p>Mer bakgrundsinformation om kvinnor. Större åldersspann för kvinnor. Mer relationer hos kvinnor. Män framstod omedvetna om sitt inre och upplevde förlorad kontroll vid oväntad sjukdomsdebut, med fysiska symtom, beroende av andra, sårbarhet och rädsla för dömande. Mäns depression illustreras med dramatiska metaforer.</p>	<p>+Etiskt godkänd.</p> <p>+Extern validitet i resultat.</p> <p>+Relevant metoddiskussion.</p> <p>+Relevant resultatdiskussion.</p> <p>-Litet urval med risk för bias.</p> <p>-Journalistiskt bias.</p>	<p>Hög</p>

			<p>Förlorad kontroll handlade i kvinnors berättelser om gradvisa invärtes processer relaterade till skam, skuld och förtryckta känslor. Depressionen beskrevs komma och gå (årstider, hormencykler) med energibrist och emotionella symtom. Kvinnor beskrevs som kapabla att återta kontroll genom reflektion, kommunikation och problemlösning samt professionell</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>hjälp.  Sjukdomsförklar  ingar hos män  var få och  externa - jobb  eller stress. Hos  kvinnor externa,  interna,  biologiska(ofta  reproduktiva),  fysiologiska och  sociala orsaker,  i större kontext.  Media kan  uppmuntra  kommunikation  om depression  och främja hälsa  men befäster  ofta  genusstereotype  r och  upprätthåller  negativt  hjälp sökande bet  eende. Sjukvård  bör arbeta  genusmedvetet  med information  och  kommunikation</p>		
--	--	--	---	--	--

			om depression.		
<p>“Social Inequalities in Early Antidepressant Discontinuation”</p> <p>A. Bocquier., S. Cortaredona., H. Verdoux., L. Casanova., V. Sciortino., S. Nauleau., P. Verger.</p> <p>(2014)</p> <p><i>Psychiatric Services</i></p> <p>Frankrike</p>	<p>Studien vill undersöka socioekonomiska skillnader i tidigt avbruten antidepressiv behandling och undersöka vilka associationer med vilket läkemedel och kompositionen av förskrivarens klientel som har betydelse för detta.</p>	<p>Kvantitativ metod, retrospektiv tvärsnittsstudie. 14518 personer deltog i studien som var mellan 18-64 år gamla och ingick i en nationell “hälsovårdsfond” och som hade en ny episod av antidepressiv behandling som var utskriven av en privat praktik mellan åren 2008-2009.</p>	<p>Avbruten behandling berodde på låg inkomst, typen av antidepressiva läkemedel och individer med dåliga socioekonomiska förhållanden. En signifikant skillnad kunde påvisas mellan genus och låg inkomst.</p>	<p>+ Väl beskriven metod i text och tabeller. + Tydligt resultat. - Ingen tydlig etikdiskussion. - Låg överförbarhet till andra länder, då studien utfördes på en specifik grupp människor i ett program som endast finns i Frankrike.</p>	Medel
<p>“The association between race and gender, treatment attitudes, and antidepressant treatment adherence”</p> <p>I. Burnett-Zeigler., H. M.</p>	<p>Syftet är att undersöka samband mellan behandlingsattityder och etnicitet/genus skillnader i antidepressiv behandling.</p>	<p>Kvantitativ retrospektiv tvärsnittsstudie. 186 afrikansk-amerikanska och vita medborgare deltog. De skulle vara över 60 år gamla, diagnostiserade med klinisk depression, stod på antidepressiv behandling hos primärvården. Material insamlades mellan 2007-2010 från 13 primärvårdscentraler i Michigan.</p>	<p>Afroamerikanska män och kvinnor kände sig mer tveksamma och hade mer bekymmer till sin antidepressiva behandling och</p>	<p>+ Utförlig bakgrund. + Tydlig metod med detaljerad beskrivning av inklusionskriterier och definitioner. + Publicerad i en tidsskrift som är</p>	Medel



<p>Kim., C. Chiang., K. Zivin., K. Rockefeller., J.A. Sirey., H. C. Kales.</p> <p>(2013)</p> <p><i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i></p> <p>USA</p>			<p>mindre förståelse för varför de skulle ha behandling än vita kvinnor. Afroamerikanska män hade mer negativa attityder gentemot hälso- och sjukvården än afroamerikanska kvinnor och vita kvinnor.</p>	<p>peer reviewed och har etiskt godkännande av Committee of Publication Ethics (COPE).</p> <p>-Svårt att veta vad som beror på genus och vad som beror på etnicitet.</p> <p>-Saknar tydlig etikdiskussion.</p>	
<p>“Differential Relationship Between Depression Severity and Patients’ Perceived Family Functioning in Women versus in Men.”</p> <p>Febres, J., Rossi, R., Gaudiano, B. A., &amp; Miller, I. W.</p>	<p>Undersöka huruvida män och kvinnor som vårdats på sjukhus för depression varierar avseende samspelet mellan depressionens svårighetsgrad och upplevd familjefunktion. No a priori-hypotes är att sänkt</p>	<p>Prospektiv tvärsnittsstudie med kvantitativ metod. 117 (73% kvinnor, 27% män) inlagda och day hospital-patienter från en större studie deltog. Medelålder 39,4, genomsnittlig utbildning 13,9 år, 75% vita, 40% gifta i genomsnittslängden 12,4 år, i hushåll med i genomsnitt 2,7 personer. Inklusionskriterier var &gt;18 år, diagnos Major depressive disorder, MHRSD &gt;20, kan tala/skriva engelska, familjmedlem villig att medverka. Exklusionskriterier psykosjukdom, mani, ångestsjukdom, ätstörning, PTSD, gravid/ammande, annan medicinsk diagnos som kan påverka depression/behandling eller specialistbehandling ej tillgänglig i studien. Depression mättes med MHRSD-17 och SCID. Familjefunktion (Problemlösning; kommunikation; roller; affektiv</p>	<p>Män och kvinnor hade liknande demografi, samsjuklighet, grad eller duration av depression. Män hade högre poäng (lägre funktion) i FAD: affektiv respons (p=0,05). Hos hela gruppen finns</p>	<p>+Etiskt godkänd.</p> <p>+Relevant syfte med familjeperspektiv.</p> <p>+Väl beskrivet urval.</p> <p>+Välmotiverad metod. +Hög interbedömarreliabilitet (MHRSD-17).</p> <p>+Hög intern konsistens och test-retestreliabilitet</p>	<p>Hög</p>

<p>(2011)</p> <p><i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i></p> <p>USA</p>	<p>familjefunktion är kopplat till ökade depressionssymtom.</p>	<p>respons; affektivt engagemang; beteendekontroll; generell funktion) mättes med FAD. Deltagarna intervjuades under ljudinspelning och besvarade enkäter under sjukhusvistelsen eller vid utskrivning, med stöd av utbildade intervjuare. Chi-square, t-test och moderationsanalys för att se genusskillnader.</p>	<p>signifikanta kopplingar mellan depressionsgrad och alla FAD-skolor - signifikant hos män. Hos båda genus signifikant positiv korrelation mellan depressionsgrad och FAD: generell funktion. Genus påverkade signifikant förhållandet depression-familjefunktion i FAD: Problemlösning (p=0,044); kommunikation (p=0,045); affektiv respons (p=0,038); och beteendekontroll (p=0,022).</p>	<p>(FAD). +Relevant metoddiskussion. -Etikdiskussion saknas. - Begränsat urval. -Självskattning har låg reliabilitet</p>	
--	---	---	--	--	--

<p>“The Patient Experience of Depression and Remission - Focus group results”</p> <p>L. Frank, L.S. Matza, J. Hanlon, S. Manniz, D.A. Revicki, D. Feltner, R.J. Morlock.</p> <p>(2007)</p> <p><i>The Journal of Mental and Nervous Disease</i></p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka patientens upplevelse av sin behandling vid depression och vilka symtom som försvann först vid behandling.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerade fokusgrupper. Deltagarna fick också fylla i ett formulär efter deltagandet i fokusgrupperna. Det var 31 deltagare som både var män och kvinnor och mellan 18-64 år. Inklusionskriterier var att de ska ha en depression inom de senaste 6 månaderna och stå på behandling för detta med minst ett antidepressivt läkemedel. Deltagare blev exkluderade om de hade alkohol eller substansmissbruk de senaste 12 månaderna.</p>	<p>Män och kvinnor upplevde att olika symtom försvann först vid behandling, kvinnor upplevde bland annat att tröttheten försvann först medan män i först hand upplevde att irritation försvann först vid behandling. Det fanns också en signifikant skillnad i vad män och kvinnor upplevde som mest besvärliga symtom, där kvinnor upplevde att kroppsvikten var ett besvärande symtom och</p>	<p>+Trots blandade fokusgrupper kunde genuskillnader påvisas. Även i de grupper där endast män eller kvinnor deltog kunde en skillnad påvisas mellan grupperna, vilket resulterar i hög reliabilitet.</p> <p>+Bra komplement med enkäter och fokusgruppintervjuer.</p> <p>-Få citat från intervjuerna.</p> <p>-Endast personer som ville delta i gruppintervjuer deltog, vilket leder till en viss exkludering av personer som eventuellt vill delta i studien men inte vill</p>	<p>Medel</p>
---	---	--	---	--	--------------

			männen upplevde irritation som mest besvärande symtom.	göra det i grupper med andra deltagare. +Tydliga etiska resonemang.	
<p>“Depression, marital satisfaction and communication in couples: investigating gender differences”</p> <p>Gabriel, B., Beach, S.R. &amp; Bodenmann, G. (2010)</p> <p><i>Behavior Therapy</i></p> <p>Schweiz</p>	Undersöka genusskillnader i kommunikation och välbefinnande hos heterosexuella par där ena partnern lider av depression.	Kvantitativ prospektiv tvärsnittstudie. Efter diagnostisk intervju med Beck Depression Inventory (BDI) och Partnerschaftsfragebogen (PFB) videofilmades 62 Schweiziska par 15 min i hemmiljö diskuterandes ett förutbestämt stressrelaterat ämne. Diskussionerna kodades dubbelblint till beteendekategorier av två oberoende kodare och granskades med kappakoefficient, varpå relativ frekvens(rf) och duration (rd) beräknades för beteendet.	Den deprimerade partnerns genus påverkade kommunikationen och välbefinnandet i förhållandet. Deprimerad kvinna ökade genusskillnaderna i kommunikation och välbefinnande medan deprimerad man gav mer likvärdigt missnöje och negativt beteende hos båda parter. Hos missnöjda par med deprimerad kvinna sågs	+Tydligt resultat med tabeller. +Tydlig, reproducerbar metod. -Alltför kortfattad etisk diskussion. -Litet urval i en grupp vilket kan ge ett skevt resultat.	Medel

			mest traditionella genusstrukturer t.ex. i hushållsarbete. Missnöjda par hade också fler barn. Detta kan ha bidragit till lidande och depression.		
<p>“An Instrumental Variable Probit (IVP) analysis on depressed mood in Korea: the impact of gender differences and other socio-economic factors”</p> <p>L. Gitto., Y-H. N., A. Rodriguez Andrés.</p> <p>(2014)</p> <p><i>International Journal of Health Policy and Management</i></p>	<p>Att undersöka hur socioekonomisk a faktorer och genusfaktorer påverkar en depression i Korea.</p>	<p>Kvantitativ metod, icke experimentell retrospektiv tvärsnittsstudie. 6751 individer deltog där 43% var män och 57% kvinnor, åldersspannet var 19-75 år. Studien baseras på face-to-face intervjuer gjorda år 2008. IVP användes som statistisk modell för att granska resultatet.</p>	<p>Studien visar att kvinnor uppgav sig lida av depression i större utsträckning än män samt att kvinnor i socioekonomisk a utsatta grupper hade en större tendens att lida av depression än män och att de var mer utsatta än män.</p>	<p>+godkänd av en etisk kommitté + publicerad i en tidskrift som är etisk godkänd och peer reviewed + Välutvecklad metod som ger hög reliabilitet + Relevanta analyser i förhållande till metod och resultat +Hög validitet -Svårt att skilja på socioekonomiska skillnader och</p>	Hög

Sydkorea				genusskillnader. - Mindre trovärdigt med retrospektiv studie än prospektiv	
<p>“The relationship between beliefs about depression and coping strategies: gender differences”</p> <p>Kelly, M., Sereika, S., Battista, D. &amp; Brown, C.</p> <p>(2007)</p> <p><i>British Journal Of Clinical Psychology</i></p> <p>USA</p>	<p>Undersöka förhållandet mellan depression och copingstrategier och om detta varierar efter genus.</p> <p>Preliminär hypotes är att det utifrån Leventhal's common-sense model of illness bör finnas signifikanta samband mellan förståelse för depression och copingstrategi. Detta lär variera bland män och kvinnor - män lär mer använda substanser som</p>	<p>Prospektiv longitudinell studie med kvantitativ metod. 189 patienter (70,4% kvinnor; 93,7% Caucasian; 52,9% hel-/deltidsanställda; 41,8% college/yrkesutbildning, 43,9% första äktenskap) 18-87 år i primärvården rekryterades från vårdcentraler och familjecenter inom 25 miles radie från Pittsburgh som en del av en större studie. Inklusionskriterier var &gt;18 år, ordinerats antidepressiva läkemedel mot depression inom 2 v. Exklusionskriterier var bipolär sjukdom, psykotiska symtom, missbruk/beroende inom 6 mån. Deltagarna genomgick strukturerad intervju och självskattningsskalor. Demografi(genus, ålder, etnicitet, socioekonomi) enligt utsago. Depression mättes med PRIME-MD, BDI samt MOS-SF-36. Oberoende variabler var förståelse för depression och antidepressiva läkemedel(mätt med IPQ, 5-p Likert) samt emotionell reaktion på depression(mätt med Cameron, Leventhal &amp; Leventhal, 1995). Den beroende variabeln copingstrategi mättes med Brief COPE och RDQ (4-p Likert). Kanonisk korrelationsanalys av baslinjedata testad med chi-två användes för genusskillnader.</p>	<p>67,2% mötte kriterierna för MDD, genomsnittlig BDI 19,52. Kvinnor var yngre än män (<math>p&lt;0,001</math>) och upplevde svårare depressiva symtom (<math>p&lt;0,005</math>). Emotionell reaktion avgjorde copingstrategi starkare än depressiva symtom. Hos alla genus var negativ bild av depression och stark emotionell reaktion kopplat</p>	<p>+Välmotiverad, relevant bakgrund +Etiskt godkänd, informerat samtycke. +Väl beskriven metod. +Väl beskrivet urval. + Hög reliabilitet och validitet hos mätinstrument. +Relevant metoddiskussion. +Utförlig resultatdiskussion. +Implikationer -Bias i urval: Kvinnor, vita, behandlade patienter. -Genus anges bara i female - förutsätter att</p>	Hög

	<p>coping, kvinnor mer ältande.</p>		<p>till maladaptiv coping; Upplevd kontroll, mellanmänskliga relationer eller stress som orsak till adaptiv coping (religion, hjälpsökande, problemlösning, distraktion, positiv omformulering), lågt avstängningsbeteende och positiv bild kopplat till låg problemlösning och mindre farligt beteende. Hos kvinnor och totalt var upplevd kontroll kopplat till adaptiv coping och negativ bild kopplat till låg problemlösning. Hos kvinnor fanns signifikant</p>	<p>resten är män (queer-exkluderande). -Metod besvarar ej kausalitet.</p>	
--	---	--	--	---	--

			<p>           korrelation            mellan få            depressiva            symtom, positiv            bild, låg            emotionell            reaktion och            mindre            maladaptiv            självanklagelse,            avstängningsbet            eende och            ältande            (<math>p &lt; 0,001</math>); Hög            upplevd kontroll            samt stress som            orsak till            depression och            mer aktiv            coping            (planering,            positiv            omformulering,            acceptans,            problemlösning,            religion)            (<math>p &lt; 0,001</math>); Hög            upplevd kontroll            samt negativ            bild och låg            problemlösning         </p>		
--	--	--	--	--	--



			(p<0,05). Hos män fanns signifikans (p<0,001) i positiv bild, mindre emotionell reaktion samt färre symtom och mindre maladaptiv coping (missbruk, avstängning, ältande).		
<p>“Gender differences in the relationship between physical functioning and depressive symptoms in low-income older adults living alone”</p> <p>E. Lim</p> <p>(2014)</p> <p><i>Nursing and</i></p>	<p>Att undersöka genusskillnader i relation mellan fysisk funktion och depressiva symtom hos äldre låginkomsttagare som bor ensamma i Sydkorea.</p>	<p>Kvantitativ metod, icke experimentell prospektiv tvärsnittsstudie. 317 personer deltog i studien där inklusionskriterierna var att bo ensam, vara äldre än 65 och ha en låg inkomst (479,50 USD/månad). Mätningar gjordes med olika instrument för att mäta fysisk funktion, mobilitet, egenvård och depression.</p>	<p>Äldre ensamma män hade signifikant mer depressiva symtom än äldre ensamma kvinnor. Denna studie belyser att deras resultat skiljer sig från tidigare forskning där det är tvärtom.</p>	<p>- Metoddiskussion .</p> <p>-Studien tar inte hänsyn till hur länge individerna bott ensamma vilket kan ha betydelse för studien.</p> <p>+publicerad i en tidsskrift med etiskt godkännande av Committee of Publication</p>	<p>Mede l</p>

<p><i>Health Sciences</i></p> <p>Sydkorea</p>				<p>Ethics (COPE) +belyser flera olika samband mellan olika faktorer och depression hos äldre som bor ensamma, vilket stärker resultatet i studien</p>	
<p>“Faux masculinities among college men who experience depression”</p> <p>J.L. Oliffe, P.M. Galdas, C. SE. Han, M. T. Kelly.</p> <p>(2012)</p> <p><i>Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine</i></p> <p>Kanada</p>	<p>Att undersöka manlighetsnormer i förhållande till depression hos män på college.</p>	<p>Kvalitativ metod med individuella semistrukturerade intervjuer med fenomenologisk hermeneutisk design. 25 män i åldrarna 19-28 år deltog. 14 män hade lindrig depression och 11 hade höga poäng på Beck Depression Inventory (BDI-II).</p>	<p>Resultatet visade att det fanns ett samband med maskulina normer och att inte söka professionell hjälp vid depression. Männen i studien vågade inte söka professionell hjälp då detta inte ansågs manligt utan valde då i vissa fall att självmedicinera med exempelvis</p>	<p>+ Välredovisad metoddel + Välmotiverat urval + Etiska resonemang. +publicerad i en tidsskrift med etiska resonemang och godkännande -Belyser endast män på college, vilket ger en lägre överförbarhet till populationen - har referenser till andra studier i sin resultatdel för att ge sitt eget</p>	<p>Mede l</p>

			alkohol eller droger. Vid en depression upplevde männen att de blev aggressiva och arga och drog samband till detta med manlighetsnormer.	resultat "tyngd" = felaktig vetenskaplig utformning	
<p>"Role of the Gender-Linked Norm of Toughness in the Decision to Engage in Treatment for Depression"</p> <p>R.E. O'Loughlin, P.R Duberstein, P.J Veazie, R. A. Bell, A. B. Rochlen, E. Fernandez y Garcia, R. L. Kravitz</p> <p>(2011)</p>	<p>Att undersöka om könsskillnader i "tuffhet", en stereotyp manlig könsnorm, hade samband med att "vänta ut" symtom vid en depression och inte söka professionell hjälp direkt.</p>	<p>Kvantitativ metod, icke experimentell prospektiv tvärsnittsstudie. 1051 deltagare varav 712 kvinnor och 339 män. Deltagarna fick delta i en telefonintervju där de blev intervjuade om depressiva symtom, tuffhet och att söka vård.</p>	<p>Resultatet visade att män och kvinnor som hade höga poäng i "tuffhet" valde att vänta ut sina symtom vid depression och inte söka hjälp. Det fanns en signifikans där män i större utsträckning hade höga poäng i tuffhet och därmed väntade ut sin depression istället för att</p>	<p>+Inkluderar både deltagare med konstaterad depression och de med självupplevda symtom men utan diagnos, vilket leder till hög reliabilitet och validitet.. -Oklara etiska resonemang +studien är publicerad i en tidskrift som har etiskt godkännande</p>	Medel

<i>Psychiatric Services</i>  USA			söka professionell hjälp direkt.		
<p>“Gender differences in depressive symptom profiles and patterns of psychotropic drug usage in Asia patients with depression: Findings from the Research on Asian Psychotropic Prescription Patterns for Antidepressants study”</p> <p>S-C. Park., M-S. Lee., N. Shinfuku., N. Sartorius., Y.C. Park.</p> <p>(2015)</p> <p><i>Australian &amp; New</i></p>	<p>Syftet är att undersöka om det finns genusspecifika skillnader i depressiva symtom och läkemedelsanvändning för patienter i asien med depression.</p>	<p>Kvantitativ metod retrospektiv tvärsnittsstudie. Deltagare rekryterades under mars till juni 2013. 2320 individer som använde antidepressiv behandling (som förskrevs av psykiatrin) och som antingen hade en depressiv episod eller en pågående depression rekryterades in i REAP-AD study. T-test och X2 tester användes för att analysera datan.</p>	<p>Män hade fler depressiva episoder och vårdades i större grad på en psykiatrisk klinik medan kvinnor vårdades på generella universitetskliniker. Män hade också lite annorlunda symtom än kvinnor, främst minskat intresse, fatigue och mindre suicidala tankar. Vid resterande symtom fanns ingen signifikant genusskillnad. Studien visade också att män i</p>	<p>+Välutvecklad metod +Hög validitet och reliabilitet +välutvecklad bakgrund + studien är publicerad i en tidsskrift som är etiskt godkänd och medlem av COPE (Committee of Publication Ethics) -oklara slutsatser i diskussion i förhållande till resultat -oklara etiska diskussioner</p>	Medel

<p><i>Zealand Journal of Psychiatry</i></p> <p>Asien (Kina, Hong Kong, Indien, Indonesien, Japan, Sydkorea, Malaysia, Singapore, Taiwan &amp; Thailand.</p>			<p>större utsträckning ordinerades andra generationens antipsykotiska läkemedel</p>		
<p>“Depression, gender, and the treatment gap in Mexico.”</p> <p>Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., &amp; Orozco, R.</p> <p>(2012)</p> <p><i>Journal of Affective Disorders</i></p> <p>Mexiko</p>	<p>Undersöka vilka åldrar som medför risk för insjuknande i depression hos kvinnor och män och vilka livsområden som påverkas.</p>	<p>Prospektiv tvärsnittstudie med kvantitativ metod. Stratifierat multistage area sannolikhetsurval, inklusionskriterier 18-65 år, icke-institutionaliserad, urbant område (population &gt;2500) i Mexiko, dvs 75% av landets befolkning. Depression mättes med WMH-CIDI.</p> <p>Funktionsnedsättning mättes med SDS, 4-p Likert och antal dagar med hindrade dagliga aktiviteter. Multivariata signifikanstester baserades på Wald X2-tester. Debutålder beräknades med two part actuarial method. Behandlingsprediktorer beräknades med logistisk regression. Signifikanstesterna bedömdes 0,05 i two-sided-tester. Detaljer för metod i annan artikel.</p>	<p>Kvinnor hade högre livstidsförekomst av depression. Hos kvinnor högst prevalens 45-54 år och män över 55. Hos kvinnor lägst prevalens 18-29 år, män 30-44. Total medeldebutålder 27. Äldsta kvinnorna hade längre depressiva perioder än yngre.</p>	<p>+Etiskt godkänd samtyckesprocess +Väl beskrivet urval +Hög svarsfrekvens -Oklart syfte som inte återspeglas i resultat -Viktig data saknas(“provided elsewhere”) i metod, t.ex. antal deltagare.</p>	<p>Medel</p>

			<p>Medelduration kvinnor 4,5 år, män 3,9 år.</p> <p>Kvinnor över 55 hade haft fler depressioner än yngre.</p> <p>Kvinnliga 45-54-åringar har mer livstidsepisoder än manliga.</p> <p>Kvinnor 30-44 var signifikant mer nedsatta i hushållsarbete än män (<math>p=0,05</math>). Kan bero på dubbelarbete med arbete, barn och hushåll. 45-54-åriga kvinnor och 55-65-åriga män var mer nedsatta i arbete än andra åldrar (<math>p=0,05</math>; <math>p=0,05</math>). 28,85% av kvinnor och 36,7% av män</p>		
--	--	--	--	--	--

			hade behandlats för depression inom 12 mån. Signifikant färre kvinnliga 18-29-åringar än manliga hade behandlats ( $p=0,05$ ). Äldre män och kvinnor har mer liknande prevalens. Risk att kvinnor inte söker vård, pga t.ex. sociala normer, ohälsosamma relationer, mm.		
<p>“Barriers in diagnosing and treating men with depression: a focus group report.”</p> <p>Rochlen, A.B., Paterniti, D.A., Epstein, R.M., Duberstein, P., Willeford, L. &amp;</p>	<p>Öka förståelsen för hur maskulina normer påverkar upptäckten av depressiva symtom, hjälpsökande, reaktioner på manlig “maskerad” depression samt</p>	<p>Prospektiv tvärsnittsstudie, inspelad kvalitativ intervju på 75-110 min, i 6 ledda fokusgrupper. Inspelningarna transkriberades för analys av gemensamma teman. 45 män i ålder 24-64 valdes genom stratifierat urval i tre städer i USA. Inför fokusgruppen besvarades en enkät om sociodemografi och hälsa. Alla utom en hade behandlats för depression.</p>	<p>Maskulina normer som att vara stark, självständig och dölja känslor kan motarbeta diagnostik och behandling av depression. Glädje ansågs inte typiskt manligt - risk att</p>	<p>+Etiskt godkännande från institutional review boards i alla städer, informerat samtycke. +Välbeskrivet urval +Metod fördelaktig för känsliga ämnen</p>	Medel

<p>Kravitz, R.L. (2010)</p> <p><i>American Journal of Men's Health.</i></p> <p>USA</p>	<p>reaktioner på depressionsbehandling.</p>		<p>män anser nedstämdhet normalt och inte söker hjälp. Nya diagnoskriterier kan behövas för att upptäcka manlig "maskerad" depression. Lågt förtroende för vårdpersonal, läkemedel och terapi - ses som "sista utvägen". Medicinska förklaringsmodeller för depression kan underlätta acceptans.</p>	<p>+Gruppptryck i fokusgrupp kan vara positivt -Gruppptryck i fokusgrupp kan vara negativt -Känd samsjuklighet</p>	
<p>"Gender Differences in the Symptoms of Major Depressive Disorder"</p> <p>S.E. Romans, J. Tyas, M. M Cohen, T. Silverstone</p>	<p>Att undersöka genusskillnader i prevalensen av upplevda kliniska symtom vid depression</p>	<p>Kvantitativ metod, icke experimentell prospektiv tvärsnittstudie. Data är samlad från Canadian Community national survey som fokuserar på psykisk hälsa och är för personer över 15 år i Kanada. Studien är gjord på 1098 kvinnor och 668 män där inklusionskriterierna var 18-69 år och haft en depression senaste 12 månaderna.</p>	<p>Kvinnor uppgav sig ha fler symtom än män vid depression. Störst skillnad i symtomupplevelse var att kvinnor hade sämre aptit och lättare till tårar</p>	<p>+Stort urval (totalt 1756 personer varav 1098 kvinnor och 668 män). + 26 symtom liknande frågor som gav en stor bredd, vilket resulterade i hög</p>	<p>Medel</p>



<p>(2007)</p> <p><i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i></p> <p>Kanada</p>			<p>än män. En liten signifikans uppgavs också där kvinnor också hade större besvär av minskat intresse och dödstankar än män.</p>	<p>reliabilitet -oklara etiska resonemang</p>	
<p>“Gender Differences in Hospitalization After Emergency Room Visits for Depressive Symptoms”</p> <p>Rost, K., Hsieh, Y., Xu, S., &amp; Harman, J.</p> <p>(2011)</p> <p><i>Journal Of Women's Health</i></p> <p>USA</p>	<p>Undersöka om handläggningen på akutmottagning bidrar till att kvinnor vårdas på sjukhus för depression oftare än män.</p>	<p>Retrospektiv longitudinell tvärsnittsstudie med kvantitativ metod. 6266 akutbesök hämtades ur NHAMCS 1998-2007 och representerar ett nationellt årligt trolighetsurval för akutvårdspersonal på ett icke-federalt sjukhus under en slumpvist utvald 4-månadersperiod. Patienter var &gt;18 år och sökte vård för depressiva symtom eller hade diagnosen depressive disorder (ICD-9). 89,4-98% svarsfrekvens/år. Vårdpersonal besvarade enkät om besöket samt sociodemografisk och klinisk information: Besöksorsak, diagnos, behandling och besöksförfarande. Genusskillnader i inläggning analyserades med multivariat logistisk regression. Beroende variabler var inläggning. Sociodemografiska variabler var genus(kvinna/man), ålder(år), etnicitet (non-hispanic white/non hispanic black/hispanic/annat), försäkring(Medicare/Medicaid/privat/ingen/annat) och ruralitet (ej statistisk metropol). Kliniska kovariater var kroppsskada, (självorsakad/orsakad utifrån/ingen), psykiatrisk och medicinsk komorbiditet och akutbehandling(ordinerade</p>	<p>3133 kvinnor = 8,064,216/år, 3133 män = 7,116,374/år. 42,2% av totala akutbesöken resulterade i inläggning - 39,4% hos kvinnor, 45,3% hos män. Kvinnor har lägre odds för inläggning(OR 0,82, p=0,02) med kontrollerade kovariater. Prediktorer var hög ålder (p=0,0005, Medicare(p=0,0</p>	<p>+Tydligt, relevant syfte +Etiskt godkänd, informerat samtycke +Utförlig metod +Hög intern validitet (NHAMCS). +Hög svarsfrekvens -Omotiverad etnisk indelning -Bias från vårdgivare</p>	<p>Medel</p>

		<p>och/eller givna läkemedel). Systemkovariater var vårdare (ST-läkare/AT-läkare/sjuksköterska/specialistsjuksköterska/läkarassistent/EMT/okänt), helg(mån-ons/fre-sön), ankomsttid(0000-0759/0800-1559/1600-2359/okänt), månad(kvartal) och region(nordöst/mellanväst/syd/öst). Vikter användes för sannolikhet - 6266 besök = 15,1801590 besök/år. Genusskillnader analyserades med chi-square för kategoriska variabler och t-test för kontinuerliga variabler. I efterföljande analys användes logistisk regressionsanalys för förhållandet mellan genus och inläggning, följt av sensitivitetsanalys för genusskillnader vid kroppsskada.</p>	<p>2), Medicaid (p=0,004), icke-ruralitet(p=0,02), självskada(p&lt;0,0001), psykiatrisk komorbiditet (p=0,03) medicinsk komorbiditet (p=0,001), akut läkarbehandling (p=0,001), ej helg(p=0,0005) och tidigt på året(p=0,01). Vid kroppsskada hade män och kvinnor statistiskt lika odds för inläggning. Utan skada hade kvinnor lägre odds att bli inlagda(p=0,002). Vid diagnostiserad depression hade</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>kvinnor också lägre odds för inläggning(OR 0,81, p=04). Kvinnor har 82% av mäns chans att bli inlagda. Orsaker kan vara fler direktinläggningar av kvinnor eller att fler kvinnor söker akutsjukvård för depression. Suicidalitet kan påverka handläggningen.</p>		
<p>“Talking about depression: an analogue study of physician gender and communication style on patient disclosures.”</p> <p>Roter, D.L., Erby, L.H., Adams, A., Buckingham,</p>	<p>Undersöka effekten av vårdgivares genus och personcentrerad kommunikation på patientens medverkan i sin depressionsvård</p>	<p>Kvantitativ experimentell studie, genom datorsimulering med fyra skådespelare “läkare” och videofilmad respons från 307 deltagare som analoga “patienter”.</p>	<p>Genusskillnader sågs i högt personcentrerad kommunikation. Kvinnliga patienter gav mer depressionsrelaterad information och ville oftare fortsätta behandlingen</p>	<p>+Hög reliabilitet och sannolikhet +Välutvecklad metod -Vagt redovisat och omotiverat urval -Saknar etisk diskussion -Artificialitet</p>	<p>Medel</p>

<p>C.D., Vail, L., Realpe, A., Larson, S. &amp; Hall, J.A.</p> <p>(2014)</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i></p> <p>USA</p>			<p>med manliga läkare, medan manliga patienter föredrog kvinnliga läkare. Kvinnliga läkare ansågs mer icke- verbalt kommunikativa. Manliga patienter gav mer positiva uttalanden än kvinnliga. Det rör sig snarare om ett samspel mellan läkarens och patientens genus än enbart ena partens.</p>		
<p>““We’ve Got to Break Down the Shame.””</p> <p>Scholz, B., Crabb, S., &amp; Wittert, G. A.</p> <p>(2014)</p>	<p>Analys av nyhetsmedias porträtt av mäns upplevelser av depression och hur det påverkar attityder mot manlig psykisk ohälsa.</p>	<p>Retrospektiv tvärsnittsstudie med kvalitativ metod. I Factiva söktes Australiensiska nyhets- eller businessartiklar innehållande manlig kommunikation om depression 060901-110831. 849 artiklar granskades. 702 av dessa genomgick tematisk analys med kodning. Särskild vikt lades vid kommunikation, konstruktion och stigma.</p>	<p>Kommunikation om depression framhävs som positivt; öka tillfrisknande och hjälpa andra. Att depression kan drabba vem som</p>	<p>-Etiskt godkännande ej nödvändigt enligt forskarna +Dock en utförlig etikdiskussion. +Välmotiverad metod +Tydligt</p>	<p>Mede l</p>

<p><i>Qualitative Health Research</i></p> <p>Australien</p>			<p>helst kan minska stigma men framgångsrika med depression kan vara missvisande. Att inte kommunicera om depression framhävs negativt. Deprimerade män framhävs som ansvariga att bryta stigmat och kommunicera och därmed depressionens utfall. Ofta gavs anhöriga (kvinnor) mer ansvar för mannens psykiska hälsa än han själv. Implicit antagande om heterosexuellt förhållande där mäns psykiska</p>	<p>redovisat resultat +Relevant diskussion -Otydligt syfte -Diskussion om validitet/reliabilitet saknas -Diskussion om begränsningar, överförbarhet mm saknas</p>	
---	--	--	---	---	--

			hälsa är beroende av kvinnor som ansvarar för den. Media kan skapa bättre bilder av män som tar hand om sin hälsa.		
<p>“Gender Differences in Depression across Parental Roles”</p> <p>Shafer, K. &amp; Pace, G. T.</p> <p>(2015)</p> <p><i>Social Work</i></p> <p>USA</p>	<p>Undersöka förekomst av och genusskillnader i depression i olika föräldraroller, med hypotesen att multipla föräldraroller har större samband med depression hos män än kvinnor.</p>	<p>Longitudinell kohortstudie med kvantitativ metod. Från NLSY79 hämtades 12686 män och kvinnor födda 1957-1965, vilket begränsades på grund av data till 6276. Depression mättes med CES-D 7, först som baslinje vid ålder 27 och 37, sedan uppföljning vid 40 eller 50. Data om föräldraroller hämtades från hushållsinformation i NLSY79 och registrerades som förälder till samboende biologiskt barn; ej samboende biologiska barn; samboende/ej samboende nytt biologiskt barn; samboende bonusbarn; ej samboende bonusbarn; ej förälder samt de dikotoma variablerna antal föräldraroller (0/1/2/3) och genus (man/kvinna). Multinominala modeller användes för samband mellan föräldraroller och psykisk hälsa.</p>	<p>Generellt var nivån av depression högst hos dem utan barn eller med tre olika föräldraroller (<math>p &lt; 0,5</math>). Kvinnor hade mer depression än män (<math>p &lt; 0,001</math>). Hos barnlösa kvinnor var nivån av depression 0,631 poäng högre än hos barnlösa män. Kvinnor med 1 föräldraroll uppgav mer</p>	<p>-Saknar etikdiskussion +Hög reliabilitet (CES-D 7). +Utförlig metoddiskussion om validitet och reliabilitet. -Databortfall -Endast män och kvinnor trots stort urval</p>	Medel

			<p>depression än män (<math>p &lt; 0,1</math>). Kvinnor med 1 biologiskt barn har 0,406 poäng mer i depression (<math>p &lt; 0,5</math>). 1 samboende biologiskt barn + 1 nytt biologiskt barn ökade depression hos kvinnor (<math>p &lt; 0,01</math>) men minskade depression hos män (<math>p &lt; 0,05</math>). I familjer med bonusbarn var depressionen höst, 2.2. poäng mer (<math>p &lt; 0,01</math>) hos män med ej samboende biologiskt barn + bonusbarn + nytt biologiskt barn. Hos kvinnor var depressionen</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>lägre (<math>p &lt; 0,05</math>). Föräldraskap är en riskfaktor för depression och vissa föräldraroller är särskilt utsatta. Vårdgivare bör screena för depression hos vissa föräldraroller.</p>		
<p>“College men's depression-related help-seeking: a gender analysis”</p> <p>Tang, M. T., Oliffe, J. L., Galdas, P. M., Phinney, A. &amp; Han, C. S.</p> <p>(2014)</p> <p>Kanada</p> <p><i>Journal Of Mental Health</i></p>	<p>Beskriva samband mellan maskulinitet och depressionsrelaterat hjälpsökande hos collegemän.</p>	<p>Prospektiv tvärsnittsstudie med kvalitativ metod. 21 män diagnostiserade/självuppskattande med depression rekryterades genom affischer på ett universitet i västra Kanada och genomgick semistrukturerad inspelad intervju i 60-90 min. Inspelningarna transkriberades, anonymiserades och granskades. Ett kodschema utvecklades för teman. Konstant jämförelse användes för samband mellan teman och induktiv genusbaserad förståelse för depressionsrelaterat hjälpsökande.</p>	<p>Förnekelse av svaghet var en stor barriär för hjälpsökande då både depression och behov av hjälp ansågs svagt. Svaghetsideal styrdes ofta av närstående. Autonomi ansågs viktigt, maskulint och hotat av depression. Stor misstro för antidepressiva läkemedel.</p>	<p>+Väl beskriven metod +Etiskt godkänd, etikdiskussion om konfidentialitet. +Tydligt resultat. +Utförlig, relevant resultatdiskussion. -Oklar slutsats och rekommendationer utifrån resultat.</p>	<p>Hög</p>



			Egenvård och undvikande föredrogs. Omdefinition av styrka och normalisering av depression är viktigt, t.ex. genom manliga förebilder och manliga anhörigas bekräftelse samt kunskap om fördelar med behandling. Vårdpersonal bör underlätta kommunikation om depression med män.		
<p>“The gender gap in depressive symptoms among Japanese elders: evaluating social support and health as mediating factors.”</p> <p>Tiedt, A.D.</p>	<p>Undersöka förhållandet mellan genus och depressiva symtom bland äldre i Japan, med fokus på socialt stöd och fysisk hälsa. Hypoteser var att</p>	<p>Kvantitativ retrospektiv tvärsnittsstudie. Data hämtades från den longitudinella baslinjestudien NUJLSOA. 1925 män och 2465 kvinnor intervjuades om fysisk och psykisk hälsa, demografisk bakgrund och socialt nätverk. CES-D 12 användes för att mäta depression och utgjorde beroende och därefter dikotoma variabler som underlag för regressionsanalys. Oberoende variabler var genus, ålder, utbildning, inkomst, subjektiv hälsa, kronisk somatisk sjukdom, civilstånd,</p>	<p>Kvinnor led i större utsträckning och högre grad av depression. Praktiskt stöd från barn var vanligast hos kvinnor och ökade</p>	<p>+Hög reliabilitet och validitet +Välbeskriven metod +Utförlig bakgrund +Välbesvarat syfte -Etikdiskussion saknas, oklart</p>	Medel

<p>(2010)</p> <p><i>Journal of Cross-Cultural Gerontology</i></p> <p>Japan</p>	<p>kvinnor rapporterar fler depressiva symtom, att socialt stöd skyddar mot depression (framför allt hos män då konflikt kan uppstå mellan kvinnor och svärdöttrar), omsorg för yngre generationer minskar depressiva symtom samt att isolering ökar depressiva symtom. Samband förväntades också mellan socialt stöd, somatisk ohälsa och depression (främst kvinnor pga livslängd).</p>	<p>hushållsstorlek, samlevnad, samhällskontakt, ekonomiskt bidrag till vuxna barn, hemägare, praktiskt och emotionellt stöd till eller från barn. T-test gjordes för hypotesprövning. Multivariata analyser med nästade modeller användes för variationer i depression efter variabler för hushåll, hälsa och genus.</p>	<p>depressiva symtom hos dessa signifikant, möjligen relaterat till hypotes familjekonflikte r. Kvinnor med nedsatt ADL hade starkt negativt samband med depressiva symtom trots att nedsatt ADL förstärkte depressiva symtom. Detta kan tyda på att män med ADL-svårigheter upplever starkare depressiva symtom. Orsaker kan vara att mäns självkänsla är starkare kopplad till</p>	<p>godkännande, men studien som denna studie har inhämtat materialet från är etiskt godkänd -Longitudinell studie hade avslöjat orsak-verkan -CES-D berör endast depressiva symtom senaste 2 veckorna - analys av familjerelationer nas kvalitet saknas</p>	
--	---	--	--	---	--

			<p>självständighet och vitalitet och att de ogärna ber om hjälp.</p> <p>Förmodligen samverkar genus, fysisk hälsa, socialt stöd och depression.</p> <p>Genusskillnader na i depressiva symtom kan förklaras av locus of control utifrån ett intersektionellt perspektiv.</p>		
<p>“"Boys don't cry": examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds.”</p> <p>Vogel, D.L., Heimerdinger-</p>	<p>Beskriva förhållandet mellan mäns följande av maskulina normer, självstigma och hjälpsökarattityd och om detta står i relation till nivån av depressiva symtom samt om</p>	<p>Prospektiv tvärsnittstudie med kvantitativ metod som är utförd i USA. 4773 män på 18-79 år rekryterades via målgruppsspecifika internetsidor till en större studie. 72,7% European American, 10% Asian American, 7,3% Latino American, 4,7% African American, 4% multiracial, 0,6% Native American, 0,7% okänt. 84,2% heterosexuella, 6,8% gay, 3,6% okänt. 2,7% bisexuella och 2,7% övrigt uteslöts pga urvalsstorlek. 45,8% uppgav nuvarande depression. Maskulina normer mättes med CMNI-22, självstigma med SSOSH, hjälpsökarattityd med ATSPPHS-SF och depression med CES-D. Outliers togs bort från CMNI och CES-D genom</p>	<p>Maskulina normer var positivt länkat till självstigma (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Vägar sågs maskulinitet -&gt; attityd, självstigma -&gt; maskulinitet -&gt; attityd samt maskulinitet -&gt; depression -&gt;</p>	<p>+Etiskt godkänd, skriftligt informerat samtycke.</p> <p>+Utförligt beskriven metod.</p> <p>+Hög validitet, reliabilitet (intern konsistens) hos CMNI-22.</p> <p>+Hög validitet, reliabilitet</p>	<p>Hög</p>

<p>Edwards, S.R., Hammer, J.H. &amp; Hubbard, A. (2011)</p> <p><i>Journal of Counseling Psychology</i></p> <p>USA</p>	<p>variation föreligger över etniska grupper och sexuella läggningar. Hypotes är att maskulinitet är positivt kopplat till självstigma och negativt kopplat till hjälpsökarattityd .</p>	<p>Mahalanobis avstånd. ANOVA, invarianstester och Tukey's jämförelse gjordes över demografiska grupper. Parcels skapades genom faktoranalys av skalorna. Satorra &amp; Bentler's chi-square användes för CFI, IFI, RMSEA och SRMR då FIML uppgav onormal fördelning. En strukturell modell användes för att se vägar mellan koncept. Indirekta effekter analyserades genom Bootstrapping.</p>	<p>självstigma -&gt; attityd. Förhållandet maskulinitet-självstigma var signifikant starkare hos European Americans än African Americans (p=0,04). Maskulinitet-attityder var signifikant hos alla utom Asian Americans och skilde sig signifikant mellan European Americans och African Americans (p&lt;0,001); European Americans och Asian Americans (p=0,01); Asian Americans och</p>	<p>(intern konsistens) och kriterievaliditet (samtidig validitet) hos SSOSH. +Hög reliabilitet (intern konsistens) och samtidig validitet hos ATSPPHS-SF. +Hög begreppsvaliditet (konvergerande validitet) och reliabilitet (intern konsistens) hos CES-D. +Kritisk metoddiskussion. - Metoden besvarar ej kausalitet. -Svagt motiverat, exkluderande urval -Mer socioekonomisk information önskas</p>	
---	--	--	---	--	--

			<p>Latino Americans (p=0,02); African Americans och Latino Americans (p=0,03); samt African Americans och Asian Americans (p=0,19). Maskulina normer-attityder var starkast hos African Americans och svagast hos Asian Americans. Självstigma-attityder var svagast hos African Americans. Hos heterosexuella starkare förhållande maskulinitet-självstigma (p=0,04) samt</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>maskulinitet-attityd (<math>p=0,03</math>). Maskulinitet-attityd medieras av självstigma hos alla. Hög maskulinitet var kopplat till negativ attityd till hjälpsökande. Skillnader kan bero på kulturellt varierande definitioner av manlighet. Vårdpersonal bör vara medveten om och aktivt arbeta mot självstigma och maskulinitetsnormer för att underlätta hjälpsökande.</p>		
--	--	--	---	--	--